

---

TAMPEREEN YLIOPISTO

Iikka Hautamäki

MIELISAIRAALA AVOHOIDON KEHITYKSEN PERUSTANA SUOMESSA

Perhehoito 1900-luvun alkupuoliskolla ja Erik Anttisen johtama sairaalareformi Pitkänimessä  
1960- ja 1970-luvuilla

---

Historian pro gradu -tutkielma  
Tampere 2013

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Iikka Hautamäki: Mielisairaala avohoidon kehityksen perustana Suomessa. Perhehoito 1900-luvun alkupuoliskolla ja Erik Anttisen johtama sairaalareformi Pitkänimessä 1960- ja 1970-luvuilla

Pro gradu -tutkielma, 127 s.

Historia

Toukokuu 2013

---

Tutkielmassa käsitellään avohoidon vakiintumista ja ensimmäisiä avohoidon muotoja suomalaisessa mielisairaanhoidossa. Kansainvälistä ja kansallista kontekstia avohoidolle luon tutkimuskirjallisuuden kautta. Perhehoitona tunnetusta avohoidon varhaisesta muodosta ei ollut aiemmin kirjoitettu kattavaa esitystä. Tarkastelen sen historiaa säädösten, Duodecim Aikakausjulkaisun ja Terveystieteiden ja Terveystieteiden sekä mielisairaaloiden historioiden valossa. Varsinainen perhehoito oli osa mielisairaalahoitoa sen ollessa lääkärin tai hoitohenkilökunnan valvonnan alaista hoitoa. Perhehoidosta ei tullut kansallisesti yhteneväisesti toteutettua hoitomuotoa, vaikka sitä alettiin 1930-luvun lopusta lähtien tukea valtion taholta ja se oli osoittautunut toimivaksi järjestelmäksi. Nikkilän sairaalassa laajasti toteutetun perhehoidon yhteydessä oli alkanut kansainvälisten esimerkkien mukaan kehittyä kotisairaanhoidon ja asuntolatoiminnan omaista toimintaa. Perhehoidosta, jonka nähtiin tukeutuvan maanviljelijäperheisiin, luovuttiin lähes kaikkialla kaupungistumisen ja 1960- ja 1970-luvuilla kehitettyjen modernien avohoitomuotojen myötä.

Koska kuntouttavia avohoidon muotoja alettiin kehittää Suomessa mielisairaaloissa, niin olen keskittynyt selvittämään Pitkänimien sairaalassa toteutunutta mielisairaalarformia sekä siihen liittyvää avohoito-organisaation kehittämistä. Käytännössä uudistustyö alkoi heti uuden ylilääkärin Erik Anttisen astuessa virkaansa vuoden 1963 syksyllä. Keskeisenä aineistona käytän tekemiäni Erik Anttisen sekä hänen työtovereidensa haastatteluita. Käytin Anttista haastattellessani kerronnalliseen haastattelumalliin pohjautuvaa, mutta temaattisempaa kehikkoa haastattelussa. Pitkänimien sairaalassa toteutuneen reformin kuvailun lisäksi pohdin tekemieni haastattelujen ja Anttisen kirjoittamien artikkeleiden perusteella hänen ajattelutapoja ja niiden perustaa sekä muutosta. Keskeisinä suomalaisen mielisairaanhoidonjärjestelmään vaikuttavina tekijöinä Anttinen antoi panoksensa kotisairaanhoidon ja ulkomaiseen terapeuttiläisyyden -malliin perustuvaan asuntolatoimintaan, joka sai nimen Sopimusvuori ry. Se erkani sairaalasta erilliseksi ja kuntouttavaksi avohoitopalveluksi.

## Sisällys

1 Johdanto	1
1.1 Tutkimustehtävä	1
1.2 Lähdeaineisto	4
1.3 Haastatteluaineisto	6
2 Mielisairaalakokeskeisyydestä avohoidon vakiintumiseen	12
2.1 Yleiskuva Suomen mielisairaanhoidon järjestelmän historiasta	12
2.2 Mielisairaanhoidon järjestelmien kehitys länsimaissa	17
2.3 Avohoidon vakiintuminen Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissa	22
2.4 Avohoito suomalaisessa mielisairanhoidossa	28
2.5 Käännös psykiatrian ajattelutavoissa 1950- ja 1960-lukujen Suomessa	33
3 Perhehoito suomalaisessa mielisairanhoidossa 1800-luvun lopulta 1960-luvulle	43
3.1 Perhehoito avohoidon varhaisena muotona	43
3.2 Perhehoidon mallit ja hyvän hoidon kriteerit	46
3.3 Tapauksia perhehoidon määrittymisen rajoilta: E. Therman ja E. W. Lybeck	55
3.4 Mielisairaalan järjestelmän vakiintuminen ja perhehoito	57
4 Pitkänien sairaala ja avohoitoon siirtyminen Erik E. Anttisen aikana (1963–1973)	64
4.1 Erik E. Anttisen ura ennen Pitkänien aikaa	64
4.2 Erik E. Anttisen Pitkänien tulo	69
4.3 Avohoidon organisaation kehitys Pitkänienessä ja uusi hoitolinjaus	73
4.4 Hoitokulttuurin ja sairaalakulttuurin muuttaminen	81
4.5 Hyvät yhteiskunnalliset suhteet hankkeiden toteutumisen edellytyksenä	90
4.6 Avohoidon kehitys Pitkänienessä: ammatillinen kuntouttaminen	93
4.7 Avohoidon kehitys Pitkänienessä: kotisairaanhoido	96
4.8 Sairaalan ulkopuolisen avohoidon järjestelmän synty: Sopimusvuori ry.	105
5 Johtopäätökset	114
Lähdeluettelo	119

# 1 Johdanto

## 1.1 Tutkimustehtävä

Avohoito alkoi vakiintua 1970-luvulla suomalaiseseen mielisairaanhoitoon ja sen kääntöpuolena laitoshoidosta alettiin luopua. Avohoito voidaan määritellä yksinkertaisesti hoitona, jossa potilas ei jää sairaalahoitoon, vaan saa sairaalan ulkopuolista hoitoa osakseen. Selvitän tässä tutkielmassa mitä avohoidollisia ajattelutapoja ja menetelmiä Suomessa on käytetty laitoshoidon aikakaudella, miksi ne jäivät marginaalisiksi hoitomuodoiksi sekä miten lopulta päädyttiin avohoitojärjestelmään? Avohoidon keskeinen tekijä lääkehoidon kehityksen ohella oli sosiaalipsykiatrian merkityksen kasvu 1950-luvulta lähtien. Se määritellään psykiatriaksi, joka keskittyy ympäristötekijöiden huomioon ottamiseen yhtenä mielisairauksia selittävänä tekijänä sekä ehkäisy-, hoidon ja kuntoutuksen osa-alueina. Käsite sosiaalipsykiatria alkoi tulla yleiseen käyttöön 1940-luvulla. Hoitojärjestelmätasolla sen avainkäsitteitä ovat ryhmä- ja yhteisöterapiat, päiväsairaalat ja potilaiden autonomia.<sup>1</sup> Yrjö Alanen kirjoitti vuonna 1969, että ”avohoito onkin käytännössä sosiaalipsykiatrian keskeisin käsite, sen avainsana.” Hän edelleen määrittelee sosiaalipsykiatriaan kuuluvaksi olennaisina osina ennaltaehkäisevän neuvolatoiminta ja mielenterveyskasvatuksen.<sup>2</sup>

Nykyinen vallitseva psykiatrinen ihmiskuva rakentuu kolmesta toisiaan täydentävästä näkökulmasta: biologisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta.<sup>3</sup> Näiden näkökulmien synteisiä on tapana kutsua biopsykososiaaliseksi malliksi. Kyse ei näyttäisi olevan selvärajaisesta mallista, vaan enemmänkin ihmiskuvasta, jonka sisällä näkökulmien painotukset vaihtelevat kunkin psykiatrin mieltymysten, koulutuksen ja työnkuvan suhteen. Sosiaalipsykiatria on kiinnostunut sosiaalisen ympäristön merkityksestä ihmisen mielenterveydelle sekä siitä seuraten sosiaalisista käytännön sovellutuksista ehkäisy-, hoito- ja kuntoutustyössä. Biologinen ja psykologinen<sup>4</sup> malli ihmisen mielenterveydestä olivat 1800-luvun lopulta 1900-luvun puoliväliin paradigmaattisia ja toistensa kanssa kilpailevia psykiatrisia ihmiskuvia.<sup>5</sup> Tänä aikana käytännön mielenterveystyössä oli ollut elementtejä sosiaalipsykiatrisista toimintamalleista, mutta niiden taustalla ei ollut omaa psykiatrista ajatusrakennelmaa, joka olisi tukenut niiden institutionaalista asemaa koulutuksen, lainsäädännön ja resursoitujen kokeilutoiminnan kautta.

---

<sup>1</sup> Shorter 2005, 275–278.

<sup>2</sup> Alanen 1969, 307–308.

<sup>3</sup> Lönnqvist 2011.

<sup>4</sup> Suomessa psykodynaamiset mallit saivat vakavaa kiinnostusta psykiatrikunnassa vasta 1950-luvulta alkaen.

Sotienvälisenä aikana yksittäisenä psykoanalyysin puolestapuhujana toimi lääkärikoulutuksen saanut Yrjö Kulovesi.

<sup>5</sup> Shorter 2005.

Selvitän yhden esimerkin kautta, mitä muutoksia tapahtua sairaalahoidon yhteydessä avohoidon vakiintumisen aikana. Pitkäniemen sairaala kulkee kautta koko tutkielman, mutta varsinaisesti keskityn siihen viimeisessä käsittelyluvussa. Pitkäniemessä tapahtunut muutosprosessi vauhdittui, kun uusi ylilääkäri Erik Anttisen astui virkaansa syksyllä 1963. Sieltä hän siirtyi noin kymmenen vuoden kuluttua Tampereen yliopiston sosiaalipsykiatrian professorin virkaan. Aikakausi, johon Anttisen Pitkäniemen sairaalan toimintavuodet sijoittuvat on yleismaailmallisesti mielenterveystyössä suurta muutoksen aikaa. Jo siksi kyseisen ajan tutkiminen ja pohtiminen on kiinnostavaa, mutta edelleen sen tekee antoisaksi Anttisen persoonan voimakas vaikutus toimintaympäristöönsä. Pitkäniemen sairaalan folkloreen onkin jäänyt elämään periodisointi: Kalvan<sup>6</sup> aika, Anttisen aika ja TAYS:n aika.<sup>7</sup> Työtoverit muistelevat Anttista idearikkaana, vaativana, vilpittömästi toisia arvostavana, diplomaattisena, sydämellisenä ja erinomaisen asiantuntevana johtajana.<sup>8</sup>

Suomalainen mielisairaanhoito oli laitoskeskeistä aina 1970-luvun lopulle asti. Mielisairaala oli se instituutio, jonka puitteissa mielisairaanhoito suureksi osaksi Suomessa toteutettiin, joten sen kontekstissa on tätä muutosta tarpeellista selvittää. Koska mielisairaanhoito keskittyi mielisairaaloihin, niin sieltä myös avohoidolliset tarpeet ja yhteiskuntaan takaisin kuntouttamisen keinojen kehittäminenkin tulivat konkreettisesti esille. Siksi on perusteltua yksityiskohtaisemmin tarkastella tätä ajanjaksoa mielisairaalassa, jossa kyseessä olevaa muutosta alettiin määrätietoisesti toteuttaa.

Suomalaisen mielisairaanhoidon perustana oli laitoshoido kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen kauan. Mielisairaaloita rakennettiin ja saneerattiin aina 1970-luvun alkuun saakka, mikä näkyi resursoinnin painottumisessa laitoshoidoon, kun Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa mielisairaaloiden potilasmäärät alkoivat laskea jo 1950-luvulla.<sup>9</sup> Avohoidollisista hoitomenetelmistä perhehoitoa on Suomessa toteutettu ennen sairaalajärjestelmän vakiintumista 1800-luvun lopulta alkaen. Työssäni käsiteltävä perhehoito on lääkärinvalvonnan alaista hoidollista toimintaa, siis ei elänteelle antoa. Ajattelutapoihin mielisairaiden soveliaasta hoidosta on kuulunut 1800-luvun lopulta lähtien piirteitä modernista mielenterveydenhuollosta. Se, miksi psykiatrinen

---

<sup>6</sup> Ilmari Kalpa oli ylilääkärinä 1929–1963 Pitkäniemessä ennen Anttista.

<sup>7</sup> Nenosen haastattelu.

<sup>8</sup> Luonnehdinnat on saatu Anttisen työtovereilta Raija Lehtimäeltä, Pekka Stenijältä, Tuomo Nenoselta, Pauli Poutaselta, Leena Salmijärveltä ja Eero Lindholmilta.

<sup>9</sup> Hyvönen 2008, 214.

terveydenhuolto kehittyi avohoidolliseen suuntaan hitaammin kuin muiden maiden mielenterveydenhuolto on selitetty sairaalajärjestelmän vakiintumisen myöhäisyydellä.

Avohoito on yksi 1900-luvun terveydenhoidon historian suuri tarina. Sen historiaa ainakaan mielisairaanhoidon osalta ei ole kattavasti kirjoitettu. Käytän lähteenä Helsingin lääketieteellisen tiedekunnan hyväksymää Atso Sarvilinnan vuonna 1938 valmistunutta väitöskirjaa *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919*. Sarvilinnan teoksessa 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun avohoidon kaltaista hoitomuotoa on käsitelty asiakirjojen valossa kattavasti, mutta sen jälkeinen aika aina 1960-luvulle on jäänyt laajasti käsittelemättä saati että kokonaisuudesta olisi tehty. Mielisairaiden avohoidon historiaa tutkinut Harry Oosterhuis huomauttikin vuonna 2006, että avohoidon historiaa psykiatrian historiankirjoituksessa ei ole vielä perusteellisesti käsitelty.<sup>10</sup>

Modernin psykiatrian historia ei ole suoralinjainen kehitystarina. Tietoa unohtuu, muodikkaat ajattelutavat saattavat ajaa pätevien ja täydentävien ajattelutapojen ohi, taloudellisia resursseja suunnataan ehkäisevän työn kustannuksella sairaanhoitoon. Jotkin palvelut taantuvat, kuten vanhuspsykiatrian on Suomessa ilmeisesti käynyt,<sup>11</sup> mutta toisaalta jotkin palvelut kehittyvät, kuten nuorisopsykiatrian laita on Suomessa. Psykiatrien järjestelmien herkkyyks talouden suhdannevaihteluille tuli ilmeiseksi 1990-luvun laman myötä, kun 1980-luvulla valmiit suunnitelmat kariutuivat ja potilaiden hoitoon pääsymahdollisuudet heikkenivät.

Kaikki uudet tavat järjestää mielisairaanhoitoa perustuivat Suomessa ulkomailta saatuihin vaikutteisiin, kuten perhehoito 1800-luvun lopulla tai terapeuttiset yhteisöt 1960-luvulla. Perhehoito sai osakseen huomiota 1800- ja 1900-luvun taitteessa, koska sen uskottiin helpottavan mielisairaaloiden paikkapulaa ja koska sen uskottiin olevan laitoshoidon edullisempi mielisairaiden hoitotapa. Yhtäläillä esillä oli myös näkemyksiä inhimillisyydestä. Myös 1960-luvulla alkaneeseen avohoidon kehittymiseen liittyi vastaavia perusteluja. Keskeisenä historiallisena erona oli se, että 1900-luvun alun avohoito jäi marginaaliseksi osaksi laitoshoidon. Miksi näin kävi? Selityksessä täytyy olla varovainen, että ei liioittele 1900-luvun alun tosiasiallisia mahdollisuuksia mielisairaanhoidon saralla.

---

<sup>10</sup> Oosterhuis 2006, 248.

<sup>11</sup> Leinonen 2008, 1027; Salokangas et. al. 2008, 4078.

Esitän tutkimuskirjallisuuden perusteella, miten Suomi sijoittuu kansainväliseen mielisairaanhoidon kenttään. Näin on oikeastaan pakko tehdä, koska psykiatria, kuten lääketiede yleisemmin, on alana ollut aina kansainvälinen. Sitten tarkastelen miten Pitkänien sairaala sijoittuu Suomalaisen mielisairaanhoidon kenttään. Vuonna 1900 toimintansa aloittanut Pitkänien sairaala oli ollut valtion keskusmielisairaala vuoden 1954 loppuun asti. Sen jälkeen kuntainliitto otti vastuun sairaalasta, jonne oli kuitenkin varattu valtion huollossa oleville 200 paikkaa yhteensä 744:sta paikasta. Suurimpana valtion huollon alaisena ryhmänä olivat kriminaalipotilaat. Vuoden 1952 mielisairaslain mukaan keskusmielisairaalat oli tarkoitettu ensisijassa akuutisti sairastuneille ja erityistä hoitoa ja tutkimusta tarvitseville. Pirkanmaalle alettiin 1950-luvulla rakentaa mielisairaslain mukaisia B-sairaaloita pitkäaikaissairaita varten. Kuitenkin pitkäaikaisspotilaiden määrä Pitkänienessä pysyi huomattavana. Potilaista 69,9 % vuonna 1961 oli joutunut olemaan Pitkänien sairaalassa yli vuoden. Näihin laskettiin myös valtion kriminaalipotilaat. Pitkänien 1960–1980-luvuilla otetuista potilaista noin 90 %:lla oli jokin psykoosi ja kaikista sisään otetuista noin 60 %:lla oli skitsofrenia.<sup>12</sup> Skitsofrenia on ollutkin keskeinen huomion kohde psykiatriassa.

## 1.2 Lähdeaineisto

Tutkielmaa varten kävin läpi kaikki psykiatria<sup>13</sup> käsittelevät artikkelit vuosina 1885–1970 ilmestyneistä Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecimista. Duodecim on vuonna 1881 perustetun Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin aikakausjulkaisu. Seura ja sen aikakausjulkaisu liittyvät suomen kielen aseman vakiintumiseen eri yhteiskunnan aloilla 1800-luvun lopulla, mutta yhtä keskeisesti niillä oli myös ammatillisia ja valistuksellisia tarkoituksia. Selvitin esiintyykö lehdessä sosiaalipsykiatrisia ajattelutapoja ennen 1960-lukua. Varhaista avohoidon muotona tunnettua perhehoitoa tai maanviljelyssiirtoloita käsitteleviä artikkeleita, esitelmiä ja matkakertomuksia oli julkaisussa vuosilta 1896, 1901, 1904, 1922, 1930, 1940 ja 1950.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 201–205.

<sup>13</sup> Kaikista artikkeleista Duodecimissa vuosina 1885–1981 psykiatriaan liittyviä juttuja oli noin 3–5 %. Pelkonen 1985, 146.

<sup>14</sup> Lybeck 1896: kyseessä on matkakertomus, jossa käsitellään skotlantilaista perhehoitojärjestelmää. Therman 1901: kyseessä esitelmä, jossa maanviljelyssiirtola on lyhyesti esillä. Therman 1904: kyseessä on esitelmä matkasta. Ylppö 1922: kyseessä on lyhyt tiedonanto Saksasta, jossa lääkäriperheisiin oli sijoitettu ”hermostuneita” lapsia. Saarnio 1930: kyseessä on reportaasi neljän kuukauden opintomatkasta Saksaan, Sveitsiin ja ruotsiin. Vuoden 1934 2. numero, jossa mainitaan vuoden 1933 Suomen Psykiatris-Neurologisen Yhdistyksen vuosikokouksesta: ”hra Niemistön alustus kysymykseen ’Perhehoidosta piirimielisairaaloiden yhteydessä’”. Päivänsalo 1940: kyseessä on perhehoitoa puoltava artikkeli, joka perustuu Kellokosken sairaalassa saatuihin tuloksiin. Tirkkonen 1950: kyseessä on kriminaalipotilaiden perhehoitoa puoltava artikkeli, joka perustuu Pitkänien kokemuksiin.

1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun perhehoidon perustamista ja vakiintumista Suomessa käsitellään historiankirjoituksessa<sup>15</sup> melko kattavasti. Sen jälkeisestä perhehoidosta ei ole kokonaisesitystä kirjoitettu. Mielisairaaloiden historioissa ja muussa psykiatrian historiaa käsittelevässä tai sivuavassa kirjoittelussa perhehoidon lähinnä mainitaan olleen avohoidon ensimmäinen muoto ja tuodaan esille minkä verran sitä on sairaalassa harjoitettu.<sup>16</sup> En kirjoita kattavaa perhehoidon historiaa, vaan enemmänkin katsauksen, joka perustuu mainitsemini lähteisiin.

Perhehoitoa käsittelevässä osiossa käytän aineistona Duodecim-aikakausjulkaisua, Terveystieteiden lehteä, kansalliskirjaston historiallisesta sanomalehtikirjastosta ”perhehoito” hakusanan kautta löytämiäni muutamia kirjoituksia, Otavan tietosanakirjasarjaa sekä asiaan kuuluvaa tutkimuskirjallisuutta. Kävin Duodecimin myös kaikki Terveystieteiden lehdet läpi perustamisvuodelta 1970-luvun alkuun asti. Yleistajuisia artikkeleita sisältävää Terveystieteiden lehteä Lääkäriseura Duodecim alkoi julkaista vuodesta 1889 lähtien valistustarkoituksessa. Keskeisenä kysymyksenäni selvitin minkälaisia avohoidollisia tai sosiaalipsykiatrisia ajattelutapoja lehdissä eri aikoina on ilmestynyt. Perhehoito 1800- ja 1900-lukujen taitteessa nousi kummastakin lehdestä esille. Tässä on huomautettava, että Finska Läkaresällskapet, joka alkoi ilmestyä jo vuonna 1841 sekä Suomen Lääkärilehti, joka alkoi ilmestyä vuonna 1922 olisivat olleet tärkeä lisä analyysissa, mutta ajan rajallisuuden johdosta sekä Duodecimin tekemästä työstä julkaista kaikki vanhat lehdet netissä helpotti päätöstä keskittyä nimenomaan Duodecimiin. Terveystieteiden lehden puolestaan valitsin sen vuoksi, koska se poikkeaa kolmesta muusta siinä, että se on suunnattu tavalliselle kansalle valistustarkoituksessa tai kuten Yrjö Kajava hauskaasti ilmaisi vuoden 1921 kuvailussaan, että ”lyhyet kansantajuiset kyhäelmät” siirtyivät Duodecim-julkaisusta Terveystieteiden lehteen.<sup>17</sup>

Lisäväriä lähteisiin tuovat otokset eri sanomalehdistä eri vuosilta. Käytin myös Huoltaja lehteä aineistona. Joitain yksityiskohtia selvittääkseni kävin Hämeenlinnan maakunta-arkistossa.

---

<sup>15</sup> Kaikki aiheesta sittemmin kirjoitettu tukeutuu viitetietojen perusteella vahvasti Sarvilinnan vuoden 1938 yhteisöön.

<sup>16</sup> Tiitta 2009 (Lääkintöhallituksen historia, jossa perhehoidosta ei mainintaa 1900-luvun alun jälkeen, vaikka siitä tuli suositus 1936); Pesonen 1980 (kts. edellinen); Salo 1996 (Perhehoito mainitaan sivun 40 lainauksessa ja Elosuon haastattelun yhteydessä). Myös Anttinen (Anttinen 1989, 195.) mainitsee perhehoidon yhtenä avohoidon muotona. Leena Sibeliusen mukaan ”mielisairaita varten on järjestelmällinen avohoito alkanut jo varhaisella keskiajalla, kun Belgiassa n. 600-luvulla aloitettiin perhehoito. Aina 1930-luvulle saakka mainitaan sairaalahoidon rinnalla vain perhehoito. nykyiset monentyyppiset avohoitotoimintamuodot kuvataan vasta aivan viime vuosikymmeninä.” Sibelius 1966, 11

<sup>17</sup> Kajava 1921, 328.



Mielisairaanhoitoa koskevat lait, asetukset ja komiteamietinnöt on otettu huomioon työssäni. Tutkimuskirjallisuutta on kertynyt sen verran paljon, että kaikkea ei kannata tässä luetella. Mielisairaaloiden tarinat ovat kuitenkin keskeisiä lähteitä. Yhtenä hyvänä kokoomateoksena suomalaisesta psykiatrianhistoriankirjoituksesta on toiminut Juha Hyvösen vuoden 2008 psykiatrian alan väitöskirja *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Tässä Kuopion lääketieteellisen tiedekunnan hyväksymässä väitöskirjassa Hyvönen on referoinut Suomen mielisairaanhoitoa koskevan historiankirjoituksen yksiin kansiin.

Avaindokumenteja, joissa määritellään 1960-luvulla alkaneen mielisairaanhoidon muutos tai reformi on ainakin vuonna 1967 julkaistu Psykiatrinen kuntoutus -kirja ja vuoden 1977 Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen -mietintö. Ennen näitä (erityisesti ennen 1977) mielisairaanhoidon reformi oli enemmän pragmaattista ja asteittaista etenemistä avohoidollisten ajattelutapojen ja kansainvälisestä kentästä opittujen mallien varassa. Missä nämä lähtöoletukset olivat sitten kirjattuina? Oliko missään? Mitään yhtä dokumenttia<sup>18</sup> ennen vuotta 1967 en löytänyt lähteeksi modernille psykiatriselle sairaanhoidolle Suomen osalta. Kaava näyttäisi menevän niin, että psykodynaamiset ajattelutavat tulevat, lääkehoito kehittyy, avohoitoa aletaan kehittää vuoden 1952 mielisairaslain mukaan ja sitä kritisoiden. Enemmän tai vähemmän erilliset palikat sittemmin vain loksahdivat paikoillaan.

### 1.3. Haastattelut

Analysoin systemaattisesti niitä Pitkäniemen sairaalan muutosprosesseja, jotka käynnistyivät Erik Anttisen aloitettua siellä ylilääkärinä. Selvitän, mitä ”tehokas avohoidon organisaatio” – jonka Anttinen asetti tavoitteeksi heti virkaan astuttuaan – tuli tarkoittamaan käytännössä. Pääasiallisena lähteenä olen käyttänyt Anttisen haastattelujen lisäksi ylihoitajana toimineen Raija Lehtimäen haastattelua. Näiden lisäksi lisäväriä tuo Pekka Stenijän ja Pauli Poutasen sekä Tuomo Nenosen

---

<sup>18</sup> Lääkintöhallituksen kiertokirjeistä voisi ehkä jotain sellaista löytyä ja psykiatrien ammatitapaamisten yhteydessä pidetyissä esitelmissä. Kyseessä näyttäisi olleen psykiatrien keskuudessa liikkunut yleinen ajattelutavan muutos, joka saatiin kirjattua yhdeksi selväksi toimintaohjelmaksi lainsäädäntöä varten vasta vuonna 1977. Avaindokumentit Suomalaisen mielenterveyshuollon kehittämisessä 1970-luvun lopulta lähtien ovat Hyvösen mukaan lääkitöhallituksen vuonna 1977 julkaisema psykiatrisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelma, vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistus, vuonna 1981 käynnistynyt skitsofreniaprojekti ja vuoden 1984 mielenterveyshuollon komitean mietintö. Näiden kaikkien dokumenttien perusajatuksena oli Hyvösen mukaan näkemys ”mielenterveydestä uusiutuvana voimavarana”. Sairaalakkesteistä hoitojärjestelmää ei Suomessa tuosta vain ryhdytty purkamaan, vaan laadittiin lyhyen ja pitkän aikavälin suunnitelmat. Sitä mukaan kun sairaansijoja purettiin, niin avohoidon henkilöresursseja lisättiin. Hyvönen 2008, 119, 217.

haastattelut. Kaikki haastattelut ovat tutkielman kirjoittajan tekemiä. Tekemieni haastattelujen lisäksi olen viitannut myös Markku Salon tekemään Anttisen haastatteluun, joka on julkaistu hänen vuoden 1996 tutkimuksessaan *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Salo vertailee teoksessaan Suomen ja Italian mielisairaanhoidojärjestelmien reformeja. Lisäksi muun muassa Pitkäniemen sairaalan historia<sup>19</sup> ja mielisairaanhoidopiirin toimintakertomukset ovat taustoittavana tukena. Liitän alaviitteisiin WHO:n vuoden 1953 raportista kohtia, jotka vastaavat Pitkäniemessä toteutuneita muutoksia, tarkoitukseni kuvastaa psykiatrian kansainvälistä luonnetta. Aineiston luonteen vuoksi, tämä osio keskittyy Anttisen käsityksiin mielisairaanhoidosta ja sen muutoksen edellytyksistä.

Tutkielmani osa, joka käsittelee Anttisen aikaa Pitkäniemessä voi pitää muistitietohistoriana. Siinä ensisijaisina lähteinä ovat Anttisen haastattelut, joissa hän muistelee aikaansa Pitkäniemen ylilääkärinä. Tällainen muistitieto on Jorma Kalelan käsitystä seuraten ”ensi käden lähde kertojastaan kertomuksen esittämisen tai kirjaamisen tilanteessa.”<sup>20</sup> Kyseessä olisi siten enemmänkin Anttisen käsityksiä kuvaava osio, kuin varsinainen perinteisiin arkistolähteisiin perustuva kuvaus hänen ajastaan.

Haastattelin Erik Anttista viisi kertaa vuoden 2008 aikana. Haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 24 tuntia. Haastattelut olivat vapaamuotoisia keskusteluja. Haastattelussa tavoitteena oli saada kartoitettua Anttisen psykiatrisen ajattelutavan muotoutuminen. Siten haastattelu ei ollut elämänkerrallinen, vaan pikemminkin ammattielämäkerrallinen. Koska haastateltava kuitenkin sattumoisin eli varhaislapsuutensa ja nuoruutensa Lapinlahden mielisairaala-alueella ollessaan sairaalapsykiatrin lapsi, niin myös varhaislapsuus ja nuoruus nousivat esiin haastattelussa. Käytin kerronnallisen haastattelumallin temaattisempaa kehikkoa haastattelussa, haastattelujen kuitenkin eläessä spontaanisti. Kerronnallisessa mallissa haastattelut rakentuvat muutamasta tapaamisesta, joista ensimmäisessä haastateltavaa pyydetään vapaamuotoisesti kertomaan elämäntarinansa. Seuraavilla kerroilla palataan elämäntarinaankin tarkentavin kysymyksin, joilla on suoraa kiinnostavuutta haastattelijan tutkimuskysymysten kannalta. Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa haastattelija kyselee suoraan itseään kiinnostavia kysymyksiä.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Kaarninen & Kaarnine, 1990.

<sup>20</sup> Kalela 2006, 74–75.

<sup>21</sup> Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 194–198.

Vaikka suunnittelin haastattelun, omaa termiä käyttääkseni, temaattis-kerronnallisen mallin mukaan, niin se eteni hyvin spontaanisti ja vähän hyppien aiheesta ja ajasta toiseen. Tämä tarkoitti sitä, että seuraavissa haastatteluissa jatkoimme kertomuksen aukkojen täyttämistä, mutta samalla kyselin täsmennyksiä aiemmin esille tulleisiin asioihin. Mitään erityistä luottamuksen saavuttamisongelmaa en kokenut haastattelutilanteissa. Syynä tähän oli varmaan ensinnäkin juuri professionaalisen muistitiedon keruu, johon Anttinen oli suostunut Pitkäniemen perinneyhdistyksen pyynnöstä. Toiseksi lieene vaikuttanut Anttisen persoona, että keskustelu lähti etenemään luontevasti ja miellyttävässä ilmapiirissä. Ainakin haastattelijalle jäi vaikutelma, että tässä ollaan yhteistyössä keräämässä muistitietoa.

Yksi haastateltavistani oli Pitkäniemessä psykiatrina toiminut Pekka Stenij, joka valitteli allekirjoittaneelle dementiaa, kun ei muistanut erään pitkäaikaisen työtoverinsa nimeä. En tiedä oliko hän tosissaan dementiadiagnoosinsa suhteen vai oliko se vain humoristinen heitto, mutta joka tapauksessa kiinnostavana havaintona haastattelijan näkökulmasta oli se, että sain Stenijiltä enemmänkin tunnelmia asioiden suhteen kuin yksityiskohtaista tietoa. Tässä voi myös olla kyse persoonaankin liittyvästä asiasta. Siinä missä haastattelemani Erik Anttinen, Leena Salmijärvi, Pauli Poutanen ja Raija Lehtinen kertoivat melko laveasti ja omaehtoisesti asioita ohi kysymystenkin, niin Stenij vastaili melko niukalti.

Jorma Kalela painottaa, että muistitiedon kohdalla tärkeitä on ensin päästä perille kertojan ajatuskulusta, miten hän paikantaa itsensä kertomaansa tarinaan, mikä on hänen itseymmärryksensä. Lopuksi tulee selvittää itseymmärryksen ja siihen perustuvan toiminnan ehtoina olleet yhteiskunnalliset ja kulttuuriset olosuhteet.<sup>22</sup> Haastatteluni tarkoitus oli kaksijakoinen, ensinnäkin selvittää, mitä Anttinen teki ja miten ja minkälaisessa toimintaympäristössä hän teki sekä toiseksi mitkä olivat hänen ajattelutapansa, kuinka ne olivat muodostuneet ja mahdollisesti kehittyivät tai muuttuivat. Kysymykset koskivat rajatusti psykiatrian alaa ja Anttisen toimintaa sen sisällä. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset olosuhteet tässä tapauksessa korvautuvat hyvin paljon psykiatria-alaan liittyvillä kulttuurimuutoksilla ja toimintaympäristömuutoksilla. Laajemman yhteiskunnallisen näkökulman tuonti ei ole välttämätöntä, vaikka se antaisikin kehikon psykiatristen ajattelutapojen muutokselle. Tällaisesta yhteiskunnallisesta kehikosta voisi mainita 1960-luvulla tapahtunut yleinen hierarkkisuuden purkautuminen yhteiskunnallisissa suhteissa sekä oikeuksien korostaminen vähemmistöistä ja huono-osaisista puhuttaessa.

---

<sup>22</sup> Kalela 2006, 83–84.

Tulin pohtineeksi Kalelankin esille nostamaa ongelmaa kertojan käyttämästä omakohtaisuudesta tehokeinona lisätä tarinansa uskottavuutta. Tällä tarkoitetaan sitä, että vaikka kertoja ei itse olisi kertomaansa asiaa tosiasiallisesti kokenutkaan, niin hän kertoo sen ikään kuin omana kokemuksenaan halutessaan alleviivata jotain itselleen tärkeäksi kokemaansa tapahtumaa.<sup>23</sup> Sotaveteraaneja haastatellut Ville Kivimäki esimerkiksi kertoi luennollaan<sup>24</sup> kuinka jotkut veteraanit kertoivat omakohtaisena kokemuksenaan uimisesta vesialueen läpi taistelun yhteydessä, vaikka eivät tällaista todistetusti olleet tehneetkään. Kyseisestä tapahtumasta oli ilmeisesti muodostunut kollektiivinen kokemus, kun se oli omaksuttu jostain syystä tärkeäksi sota-ajan tapahtumaksi ehkä dramaattisuutensa ansiosta. Samankaltaista muistitietoa ovat havainneet yhteisöjen historiaa muistitiedon kautta selvittäneet tutkijat. Elina Makkosen mukaan voi olla ”vaikea erottaa sitä, onko kyse kertojan omista muistikuvista tai tulkinnoista vai esimerkiksi yhteisön yhdessä jakamasta historiallisesta tietoisuudesta, jonka muotoutumiseen vaikuttavat itse koetun lisäksi muun muassa muilta kuullut tai kirjoista luetut asiat.”<sup>25</sup>

Miten sitten tulisi suhtautua haastattelussa kerrottuihin omakohtaisiin tosiasiaväitteisiin? Esimerkiksi Anttinen kertoi, että WHO:n vuoden 1953 raportista avohoitopalvelujen kehittämisestä mielisairaanhoidossa olisi keskusteltu Anttisen ollessa Lapinlahdessa? Tulisiko tutkijan etsiä muita lähteitä, jotka antaisivat tukea tällaiselle väitteelle ennen kuin voisi hyväksyä sen tutkimukseensa tosiasiana? Pitäisikö se hyväksyä vain muodossa: ”Anttisen käsityksen mukaan raportista keskusteltiin”? Arkistolähteiden tai muiden aikalaisten kertomukset tulisivat tosiasiaväitteiden kohdalla silloin tarpeeseen, jos väitettä ei tue ajan yleinen ilmapiiri tai jos se on ristiriidassa samasta asiasta esitetyn toisen väitteen kanssa tai jos on hyvä syy olettaa kertojan muistavan väärin tai tahallaan johtavan harhaan.

Kalelan mukaan muistitietoon on historioitsijoiden parissa perinteisesti suhtauduttu torjuvasti ja asenteena on ollut, että ihmiset muistaisivat kuitenkin väärin.<sup>26</sup> Toinen asia on sitten tarkoituksenmukainen asioiden painottaminen, kertomatta jättäminen tai vääristely. Tämä ongelma tulee eteen luultavasti erityisesti poliittisten muistelmien kohdalla, jolloin muistelulla on todennäköisesti jokin poliittiseen keskusteluun liittyvä tarkoituspäätös. Anttinen itse toisaalta nosti esiin sen asian, että hän ei ollut koskaan pitänyt päiväkirjaa, joka olisi voinut olla erinomaisena

---

<sup>23</sup> Kalela 2006, 76.

<sup>24</sup> 2007 kevät, Metodien esitys II luentosarja.

<sup>25</sup> Makkonen 2006, 247.

<sup>26</sup> Kalela 2006, 83.

muistin tukena. Joidenkin tapahtumien suhteen hän ei ollut varma milloin se oli tapahtunut, mutta useiden muiden suhteen hän oli hyvin varma ajankohdasta. Haastattelussa jäikin vaikutelma, että hän kertoi suoraan, jos jotain aikaa ei muistanut. Loogisesti ottaen tämä ei tietenkään todista oikein muistettuina pidettyjä asioita oikein muistettuina.

Olen pyrkinyt ratkaisemaan muistitieto-ongelmaa vertaamalla Anttisen 1960- ja 1970-lukujen kirjoituksia sekä varsinaisia käytännön uudistuksia – joita esimerkiksi Pitkäniemen sairaalan historiassa on dokumentoitu – hänen haastatteluissa antamiin 1960- ja 1970-luvujen näkemyksiinsä. On ollut luontevaa ajatella, että Anttisen 85-vuotiaana antama muistitieto ei ole verrannollinen esimerkiksi sotahistoriassa kohdattuihin muistitieto-ongelmiin. Vaikka onkin jossain määrin kollektiivista, niin Anttisen kohdalla käsitykset ovat olleet ammatillisen uransa aikana hyvin jäsennellyjä, käytännön työssä testattuja, useaan otteeseen puheissa ja kirjoituksissa julkistettuja sekä lukuisten keskustelujen ja opetustoimen kautta sisäistyneitä. Professionaalinen muistitieto luonnollisesti poikkeaa ei-professionaalisesta muistitiedosta. Kiinnostavana lisänä muistitieto-ongelmaan Anttisen kohdalla tuo asia, jonka mainitsin tämän alaluvun alussa. Pitkäniemen ”kansanperinteessä” Anttinen itse on ollut keskeinen yhteisöllisen historian muodostumisen lähde.

Kun on kritisoitu muistitietoa, niin sillä on viitattu enemmänkin folkloremaiseen asioiden merkityksellistämiseen, kuten vaikka murhamies Haapojan kohdalla. Epätosista kertomuksista on tullut osa yhteisön tarinaperinnettä, joita on alettu pitää kritiikittömästi totena. Outi Fingerroosin ja Riina Haanpään mukaan muistitietotutkija ei edes ole kiinnostunut selvittämään totuutta menneisyydestä, vaan hän olisi kiinnostunut menneisyyden käsityksistä.<sup>27</sup> Omassa työssäni puolestani olen kiinnostunut sekä Anttisen käsityksestä että hänen esittämien tosiasiaväitteiden totuudesta. Kyseessä ei ole folkloremainen tai yhteisöllinen muistitieto samassa mielessä kuin kyläyhteisöjen kohdalla tai sotahistorian kohdalla.

Kun Anttinen kuvaa kotisairaanhoidokokeilun alkua ja sen etenemistä, niin minulla on toki tukea antamassa tutkimuskirjallisuutta ja kokeiluun liittyviä tutkimusraportteja, mutta saan myös niiden ohi muistitietoa, jotka ovat tosiasiaväitteitä. Yksi, mielestäni tärkeä tosiasiaväite oli se, että Anttinen sai Lääkintöhallituksen silloiselta johtajalta ehdotuksen alkaa kokeilla kotisairaanhoidoa, vaikka sitä ei ollut laissa määriteltykään yhtenä mielisairaanhoidon muotona. Mitä syitä minulla olisi epäillä esimerkiksi tämän lausunnon vastaavuutta todellisuuden kanssa? Kuten jo yllä sanoin toisen

---

<sup>27</sup> Fingerroos & Haanpää 2006, 32–33.

vastaavan asian kohdalla, jos silloinen johtaja olisi tunnettu siitä, että hän ei olisi ollut erityisen kiinnostunut avohoidon kehittämisestä, niin silloin väite vaatisi lisä selvitystä. Mutta koska hän oli kiinnostunut avohoidon kehittämisestä, niin Anttisen tosiasiaväite antaa lisätukea tälle jo tunnetulle seikalle.

## 2 Mielisairaalakeskeisyydestä avohoidon vakiintumiseen

### 2.1 Yleiskuva Suomen mielisairaanhoidojärjestelmän historiasta

Keskiaikaisissa pyhänhengenhuoneissa Turussa ja Viipurissa oli sijoitettuna luultavasti myös mielisairaita. Kun Seilin saarella Nauvossa vuonna 1623 aloitti toimintansa sairaala spitaalisia varten, niin sinne siirrettiin myös mielisairaita lakkautettavista pyhänhengenhuoneista. Vuodesta 1755 lähtien sinne otettiin vain mielisairaita. Hoidosta ja mistään terapeuttisista vaikutuksista ei Seilin kohdalla voi puhua, se oli puhtaasti säilytyslaitos, josta harva pääsi pois ja jossa eläminen oli ankeaa. Josef Pipping (1760–1815), mietinnössään Suomen lääkintälaitoksen parantamiseksi, kuvailee potilaiden joutuvan kärsimään Seilissä ”löyhkästä ja likaisuudesta, huonosta ravinnosta, kylmästä, kovasta ja ankarasta kohtelusta, liikunnan puutteesta ja ovat ilman lääkärin hoitoa”. Lääkintöylihallituksen pääjohtaja Johan Törngren (177?–1859) ehdotti, että eristystarkoituksessa perustetut Seilin ja Kruununpyyn hospitaalit tulisi lopettaa ja siirtää ajanmukaisen hoidon takaamiseksi uusille paikkakunnille tai vaihtoehtoisesti yhdistää omiksi osastoikseen lääninlasaretteihin. Kruunupyö lakkautettiin myöhemmin, mutta Seili sai jatkaa uudistettuna laitoksena. Myös Törngrenin seuraaja pääjohtajana Carl Daniel von Haartman (1792–1877) vuoden 1834 tarkastusmatkansa raportissa puuttui Seilin tilanteeseen kommentoiden, että sen alkuperäinen tarkoitus eristyspaikkana ei voinut täyttää ”toista epäilemättä jalompaa ja kauniimpaa tarkoitusta eli noiden onnettomien palauttamista mieleltään terveiksi ja muiden ihmisten joukkoon”.<sup>28</sup>

Mielisairaanhoidossa alkoi uusi aika, kun Lapinlahden sairaalan avattiin vuonna 1841. Sitä kutsuttiin optimistisesti ”parannuslaitokseksi”. Seilin hospitaalille jäi tehtäväksi toimia parantumattomien potilaiden turvalaitoksena. Lapinlahden sairaalaan kuitenkin otettiin parantumattomaksi ajateltuja potilaita, minkä seurauksena potilaspaikoista alkoi pian olla pulaa.<sup>29</sup> Ruuhkautuneet hoitopaikat olivat jatkuvana ongelmana. Lääkintöylihallitus arvioi 1870-luvulla, että Suomessa oli yli 4 000 mielisairasta, kun hoitopaikkoja oli tuolloin kaikkiaan vain 178. Tavoitteeksi asetettiin tuhannen hoitopaikan saavuttaminen. Vuoden 1874 komitean mietinnössä Saelan huomautti, että ulkomailla korostettiin mielisairaaloiden tylsistyttävää ja laitostavaa vaikutusta. Hän katsoikin, että suuri osa potilaista olisi mahdollista hoitaa sairaaloihin eriasteisesti sidotuissa erillisissä rakennuksissa (cottages) ja itsenäisissä siirtoloissa (farmihoito). Komitea ehdotti kahden laitoksen rakentamista, toisen Kuopioon ja toisen Tampereen läheisyyteen sekä mielisairaiden vastaanottolaitosten perustamista viiteen lääninsairaalaan. Vuosisadan vaihteen jälkeen

<sup>28</sup> Hyvönen 2008, 85, 87–88, 90.

<sup>29</sup> Hyvönen 2008, 90.

hoitopaikkamääräksi saatiinkin 1096 kappaletta, mutta se osoittautui auttamattoman vähäiseksi. Keisarin vuoden 1889 asetuksella pyrittiin helpottamaan mielisairaalapaikkapulaa velvoittamalla kuntia perustamaan vaivaistalojen yhteyteen omia osastoja kroonisia mielisairaita varten. Vuosisadan lopulla niihin oli sijoitettu 700–800 potilasta, mutta hoito niissä oli heikkotasoisia. 1880-luvun alkupuolella saattoi tilastollisesti vertailla kuinka suuri osuus eri maiden mielisairaista sai hoitoa laitoksissa. Esimerkiksi Ruotsissa joka neljännes mielisairas sai laitoshoidoa, Norjassa kolmannes, Tanskassa yli puolet ja Englannissa yli 60 %, kun Suomessa osuus oli noin kymmenen prosenttia. Tämä vertailutulos saattoi olla yksi sysäys keskittää voimavaroja nimenomaan laitospaikkojen lisäämiseen Suomessa.<sup>30</sup>

---

Keisarin 4.2.1840 antama asetus Heikkomielisten holhouksesta vakiinnutti kaksi mielisairaanhoidon rakennetta yli sadaksi vuodeksi: muusta sairaanhoidosta erillinen laitosvaltainen hoitojärjestelmä sekä akuutti- ja pitkäaikaishoidon jakaminen erillisten hoitolaitosten vastuulle. Houruinhoidon johtokunta pyysi Lapinlahden ylilääkäriltä Fahlanderilta ehdotusta mielisairaanhoidon järjestämiseksi 1850-luvun lopulla. Hän näki mielisairaiden erottamisen parantuviiin ja parantumattomiin omine erillisine laitoksineen huonona ratkaisuna. Fahlander olisi myös halunnut lisää mielisairaansijoja lääninsairaaloihin. Fahlanderin ehdotusten seurauksena asetetun komitean jäsen Frans Johan Rabbe (1801–1879) piti Fahlanderin tapaan sitä järjestelmää epäonnistuneena, että mielisairaajat jaettiin ”parantuviiin ja parantumattomiin, ja nämä sijoitettiin kauas toisistaan.” Vaikka komiteoissa 1860- ja 1870-luvuilla pidettiin tärkeänä akuutti- ja pitkäaikaishoidon yhtenäistämistä, niin valtiopäivät päätyivät pitämään ne erillisinä.<sup>31</sup>

---

Fahlander kritisoi 1850-luvun lopulla termiä ”houruinhoito”. Myös Fahlanderin ehdotusten myötä kokoontunut komitea ehdotti ”houruinhoito”-nimestä luopumista ja sen vaihtamista ”mielisairaanhoidoksi”. Senaatissa ei kuitenkaan haluttu tehdä kyseistä termimuutosta. Lääkintäkollegiokin asettui Fahlanderin ja komitean puolelle. Se huomautti omassa lausunnossaan, että melko usein mielisairas tunsu pelkoa ja vastenmielisyyttä houruinhuoneeseen joutumista kohtaan, mutta ei sen sijaan vastustanut menemistä mielisairaalaan. Ensin mainittu miellettiin helposti säilytyslaitokseksi, kun taas jälkimmäinen voitiin nähdä parannuslaitoksenakin. Vuoden 1889 mielisairasasetuksessa päädyttiin sentään sanapariin ”sairasmielisten hoito”.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Hyvönen 2008, 93–97.

<sup>31</sup> Hyvönen 2008, 89, 92–94.

<sup>32</sup> Hyvönen 2008, 92–93.



Lapinlahden johtajan Fahlanderin<sup>33</sup> tehtyä vuonna 1856 opintomatkan useiden Euroopan maiden<sup>34</sup> psykiatriin sairaaloihin, hän päätti luopua pakkokeinojen käytöstä matkallaan omaksumansa no-restraint -ajattelutavan mukaisesti. Uudistusta kokeiltiin jonkin aikaa, mutta Fahlander joutui palaamaan pakkokeinojen käyttöön. Omien sanojensa mukaan tähän vaikutti vaikeus löytää sopivaa henkilökuntaa huonon palkkauksen vuoksi sekä itse sairaalarakennusten sopimattomuus. Pakkokeinoista luovuttiinkin Lapinlahdessa vasta vuonna 1904.<sup>35</sup>

1800-luvulla ja vielä 1900-luvun alussa psykiatriaan perehtyneiden parissa vallitsi ajattelutapoja, joita nykyään pidettäisiin moderneina, kuten yleissairaалapsykiatria, parantumattomien ja parantuvien jaottelun välttäminen ja hoito-optimistinenkin näkemys. Jostain syystä tällaiset ajatukset eivät saaneet riittävää tukea osakseen ja suomalainen mielisairaanhoitojärjestelmä vakiintui muusta sairaanhoidosta erilliseksi maaseutumielisairaалaperusteiseksi saarekkeeksi, joka sitten todennäköisesti aiheutti laitostumista ja siihen liittyen hoitopessimististä asennetta.

Syitä laitoshoidon kasvulle Suomessa 1900-luvun alussa olivat vaivaistalojen heikko hoidon taso ja se, että sairaat joutuivat jonottamaan kuukausia ja jopa vuosia päästäkseen mielisairaalaan. Huutava paikkapula mielisairaaloissa oli keskeinen syy laitospaikkojen lisäämiseen, jotta olisi saatu säädyllistä hoitoa sairastuneille.<sup>36</sup>

Mielisairaалajärjestelmän ruuhkautumisen seurauksena mahdollisuudet järjestää ajanmukaista hoitoa kävi lähes mahdottomaksi. Myös muissa maissa mielisairaiden määrät olivat 1800-luvun loppupuoliskolla kasvaneet ja samalla mielisairaалapaikkojen määriä oli lisätty. Tämä tiedettiin myös Suomessa ja se on todennäköisesti vaikuttanut suomalaisten päättäjien käsitykseen mielisairaалapaikkojen lisäämisen tarpeesta ikään kuin asiaan kuuluvana ja sivistyneelle kansakunnalle oikeana ratkaisuna. Vieläpä 1870-luvun laskelmat mielisairaiden määrästä osoittautuivat 1900-luvun alun laskelmissa liian pieneksi, kun päädyttiin kolme kertaa suurempaan lukuun mielisairaiden määrästä. Tällöin nostettiin vakavan pohdinnan aiheeksi niin sanottujen vapaamuotoisten hoitomuotojen, joita olivat lääkärin valvonnan alainen perhehoito ja siirtola-asutus, mahdollinen hyödyntäminen. Ne olivat halvempia ja niistä oli onnistuneita esimerkkejä muista maista, kuten Belgiasta, Saksasta ja Skotlannista. Vaikka Suomessa perhehoidosta tulikin

<sup>33</sup> Hänen mukaan potilaisiin tuli suhtautua myötätunnolla ja kohdella heitä humanisti. Hyvönen 2008, 91.

<sup>34</sup> Tanskan, Saksan, Itävallan, Sveitsin, Ranskan, Englannin, Hollannin ja Ruotsin. Hyvönen 2008, 90.

<sup>35</sup> Hyvönen 2008, 90–91.

<sup>36</sup> Sarvilinna 1938, 545–546.

osa mielisairaanhoidojärjestelmää, niin se jäi marginaaliseksi laitostalouden ajattelutavan vakiintuessa.<sup>37</sup>

Suomessa kuten Ruotsissakin mielisairaalahjärjestelmää kehitettiin 1800-luvulla muusta terveydenhoidosta erillisenä valtiollisena järjestelmänä. Vuoden 1889 asetus aloitti kehityskulun, jossa kunnille alkoi tulla enemmän ja enemmän vastuuta mielisairaanhoidosta. Uuden asetuksen mukaan kuntien tuli varata mielisairaille paikkoja vaivaistaloistaan, jotka myöhemmin tunnettiin kunnalliskoteina. Niissä tuli olemaan tuhansia potilaita mielisairaudesta vuoksi. Vaikka niiden katsottiin tarjoavan edes jotain suojaa mielisairaille, niin niissä hoidot olivat vaivaishoidon vastuulla eivätkä lääketieteellisen valvonnan alaisina. Varsinkaan akuutisti sairastuneita tämä järjestely ei juuri auttanut, kun he eivät saaneet tarvittavaa huomiota. Vasta vuoden 1937 mielisairaslaki määritteli kaikki mielisairaita koskevat hoitolaitokset ja hoitomuodot lääkärin valvonnan alaisuuteen. Kunnalliskodeista luovuttiin sen mukaan kuin vuoden 1952 mielisairaslain määrittämät B-sairaalat rauhallisille ja kroonisille mielisairaille saatiin rakennettua 1970-luvulle tultaessa.<sup>38</sup>

Ilmari Kalpa esittää terveydenhoitolehden haastattelussa vuoden 1944 tammikuussa, että ”mielitautilien” hoidossa on tapahtunut ”suorastaan valtava” kehitys 25 vuoden aikana. Edistysaskelilla Kalpa tarkoitti fyysikaalisten hoitojen tuomaa mahdollisuutta vaikuttaa sairaudenkulkuun sekä 1920-luvulla Hermann Simonin kehittämää ”tehostettua työhoitoa”<sup>39</sup>, jolla pyritään aktivoimaan potilasta. Fysikaalisia hoitomuotoja olivat 1920-luvun alussa laajasti käyttöön otettu, syfiliksen jälkitautina ilmenneeseen paralyasiaan tehoava malariahoito, 1930-luvulla keksityt insuliinihoito, cardiazol-kouristushoito ja sähköshokkihoito. Potilaat olivat niiden ansiosta lyhyempiä aikoja sairaalahoidossa, mutta silti heidät voitiin kotouttaa paremmassa kunnossa kuin aiemmin. Siinä missä aiemmin mielisairaalat olivat enemmän säilytyslaitoksia, joissa lähinnä pyrittiin rauhoittamaan potilasta, nyt pystyttiin jo helpottamaan, ainakin joksikin aikaa, sairastuneiden oireita.<sup>40</sup>

Vuonna 1861 tekemässään päätöksessä senaatti vesitti useimmat mielisairaanhoidoa käsittelevän komitean vuoden 1859 mietinnössään tekemät ehdotukset. Loppuelämäksi mielisairaalaan lunastamisen senaatti komitean ehdotuksen mukaisesti kumosi, mutta kyseinen käytäntö ei

<sup>37</sup> Hyvönen 2008, 49, 94, 206–211.

<sup>38</sup> Hyvönen 2008, 209–213.

<sup>39</sup> Simonilaisena työterapiana tunnettu hoitomuoto oli laitoshoidon yksi muoto. Salo 1996, 71.

<sup>40</sup> Kalpa 1944, 15–18.

kuitenkaan loppunut. Yleisen mielikuvan kannalta tämä käytäntö aiheutti sen, että mielisairaalaan joutumista pidettiin ikään kuin elinikäisenä vankeutena. Tämä käsitys eli vielä 1900-luvun alkuvuosikymmeninä.<sup>41</sup> Ilmari Kalpa esittää vielä vuonna 1944 omana tuntemuksenaan, että ihmisillä olisi ”vanhastaan jonkinlainen kammo mielisairaaloita kohtaan”.<sup>42</sup>

Kuntien yhteisesti perustamien piirimielisairaaloiden katsottiin voivan tuoda helpotusta paikkapulaan. Koska riittäviä valtionosuuksia ei saatu, niin vain muutama piirimielisairaala perustettiin ennen 1920-lukua, jolloin valtionavut saatiin sellaisiksi, että myös piirimielisairaalarakentaminen otettiin kunnissa vastaan. Kun vastaanotto-osastot yleissairaaloissa samanaikaisesti lopettivat toimintansa, niin mielisairaanhoidon Suomessa eriytyi täysin yleissairaanhoidosta. Erillisyyden kestäminen hallinnollisesti 1990-luvulle asti, vaikka ensimmäinen aikuispsykiatrian vuodeosasto saatiin 1979 ja psykiatrian ja muun erikoissairaanhoidon integraatiota alettiin pitää perusteltuna tavoitteena 1970-luvulla. Tämä erillisyyden pitkäaikaisuus on yksi Suomalaisen mielisairaanhoidon järjestelmän erikoisuus. 1900-luvun alkupuolella useissa maissa alettiin huomioida yleissairaalapsykiatriaa, myös muissa Pohjoismaissa.<sup>43</sup>

Vuonna 1939 aloittanut niin kutsuttu Pilppulan komitea sai vuonna 1943 valmiiksi ehdotuksen mielisairaslain uudistusta varten. Laki säädettiin vuonna 1952. Psykiatriakunnan vastustuksesta ja Pilppulan komitean ehdotuksen vastaisesti laissa mahdollistettiin perustaa erillisiä mielisairaaloita rauhallisille ja kroonisille potilaille. Näin syntyi A- ja B-mielisairaalat, joista A-sairaaloissa annettiin erikoishoitoa ja akuuttihoitoa. Juuri tähän oli perustunut psykiatriakunnan vastustuskin, että yksi merkittävä mielisairasryhmä suljettaisiin pois intensiivisten toimenpiteiden alta. Kuntien kannalta B-sairaalat olivat edullisempia ja sen lisäksi eli perinteinen käsitys siitä, että suojapaikka olisi riittävä, koska kuitenkin mitään dramaattista ei voitu tehdä potilaiden parantamiseksi.<sup>44</sup>

Vuoden 1952 laissa oli myös määritelty huoltotoimistot, joiden yhtenä tehtävänä oli tarjota jälkihoitoa sairaalasta ulos päässeille. Huoltotoimistoja alettiin perustaa määrätietoisesti vasta 1960-luvun loppupuolella. Yhtenä syynä tähän oli se, että 1970-luvulle kestänyt mielisairaalarakentaminen vei paljon resursseja. Muissa länsimaissa avohoitoon alettiin keskittää

---

<sup>41</sup> Hyvönen 2008, 92–93; Kauttu 1998, 10.

<sup>42</sup> Kalpa 1944, 18.

<sup>43</sup> Hyvönen 2008, 211–212, 220–221.

<sup>44</sup> Hyvönen 2008, 212–213.

resursseja jo 1950- ja 1960-luvuilla. 1970-luvulla määriteltiin järjestelmätavoitteeksi aluepsykiatrinen malli samaan tapaan kuin länsimaissa oli yleisesti tehty.<sup>45</sup>

---

Vuodeosastohoidosta poistuneiden potilaiden keskimääräinen hoitoaika psykiatrisessa hoidossa alkoi laskea dramaattisesti sotien jälkeisenä aikana Suomessa. Vuonna 1920 keskimääräinen hoitoaika oli 517 päivää, vuonna 1930 505,6 päivää ja vuonna 1938 se oli noussut jostain syystä 567,8 päivään. Vuoteen 1950 tultaessa keskimääräinen hoitoaika oli laskenut yli kahdellasadalla päivällä 348 hoitopäivään ja vuosikymmen sen jälkeen vuonna 1960 lähes sadalla 253,8 päivään. Vuonna 1970 saavutettiin 168,4 päivää ja sen jälkeen oli välillä pientä pudotusta ja nousua, kunnes vuonna 1994 keskimääräinen vuodeosastohoito putosi 87,3 päivään ja siitä on jatkunut lähes tasainen lasku muutamia pieniä vuosittaisia notkahduksia lukuun ottamatta.<sup>46</sup>

---

Mielisairaaloiden ilmapiiri muuttui 1950-luvulla vapaammaksi kuin se oli ollut 1930-luvulla. Kalle Achtén tutkimuksen mukaan vuosina 1933–35 skitsofreniaa sairastavista 5 % sai käydä hoidon aikana kaupungilla tai kotilomilla. Vuosina 1953–1955 osuus oli kasvanut 35 %:iin ja vuonna 1960 se oli 71 %. Samansuuntainen kehitys koski potilaiden suhtautumista sairaalaan ja lääkäreihin. 30-luvulla 66 % suhtautui negatiivisesti niihin, kun 50-luvulla se oli enää 17 % ja edelleen vuonna 1960 se oli 11 %.<sup>47</sup>

---

1970-luvulla Suomessa alettiin yhä enemmän kritisoida laitoshoidojärjestelmää. Muiden länsimaiden kehityksestä ja Suomessa toteutetut avohoidolliset kokeilut antoivat tukea tälle kritiikille. Toisaalta, tällöin terveyspolitiikassa yleisemminkin liikuttiin kohti avohoitoa ja ennaltaehkäisyä. Avohoidosta tuli merkittävä suuntaus mielisairaanhoidossa viimeistään vuodesta 1977 lähtien, jolloin julkaistiin lääkintöhallituksen psykiatrisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelma. Lisäksi seuraavat dokumentit ovat keskeisiä avohoidon määrittämisen kannalta: vuoden 1978 mielisairaslain osittaisuudistus, vuonna 1981 alkanut skitsofreniaprojekti ja vuoden 1984 mielenterveystyön komitean mietintö.<sup>48</sup>

---

Suomalainen psykiatria tukeutui vahvasti eurooppalaiseen ja myöhemmin myös amerikkalaiseen psykiatriaan etsiessään uusia tapoja järjestää mielenterveyspalveluita. Suomalaisessa psykiatriassa

---

<sup>45</sup> Hyvönen 2008, 214, 217, 115–116.

<sup>46</sup> Suomen tilastollinen vuosikirja 2009, 522.

<sup>47</sup> Achté 1961, 501–502.

<sup>48</sup> Hyvönen 2008, 216–217.

on tältä pohjalta onnistuttu luomaan menestyksekkäitä hoitojärjestelmiä, joista 1960-luvun lopulla alkunsa saanut Sopimusvuoren malli on ehkä tunnetuin.

## 2.2 Mielisairaanhoitojärjestelmien kehitys Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissa

Länsimaissa pakkokeinoista luopuminen oli 1800-luvun puolivälistä lähtien yleinen suuntaus mielisairaiden sairaalahoidossa. Mielisairaalan ideaalina oli olla ikään kuin lepokotina. Laitosten määrät ja niiden koko kasvoivat lähes kaikissa Euroopan maissa ja Pohjois-Amerikassa, kuten Saksassa, Englannissa ja Yhdysvalloissa koko 1800-luvun ajan. Kaikkialla tämä kehitys ei kuitenkaan toteutunut, Portugalissa vuonna 1900 oli vain kaksi mielisairaala ja Moskovaan perustettiin merkittävä mielisairaalan vasta 1890-luvulla. Englannin mielenvikaisina pidettyjen määrä kasvoi viisikymmentäkertaiseksi vuosien 1807 ja 1890 välillä ja kun laitosten petipaikkoja oli keskimäärin 116 vuonna 1827, niin vuonna 1910 vastaava luku oli jo 1072. Hyvään hoitoon vaadittavien resurssien jäädessä potilasmäärien kasvusta jälkeen laitoksista tuli käytännössä mielisairaiden säilytyspaikkoja, kun hoitohenkilökunnalla ei ollut enää aikaa ja ehkä osaamistakaan riittävään hoitoon. Samalla potilaiden asuintilat kävivät ahtaiksi ja ankeiksi sekä ilmapiiri apaattiseksi. Toivottomuus mielisairaanhoidon mahdollisuuksista muodostui yleiseksi asenteeksi.<sup>49</sup>

Mitä mielisairaiden hyväksi osattiin tehdä mielisairaaloissa 1900-luvun alkuun mennessä? käytännössä hoito oli makuuttamista, rauhoittavien lääkkeitten antamista sekä pitkäkestoisia kylpyjä. Tavoitteellista kuntouttavaa toimintaa ei ollut. Mielisairauksien uskottiin olevan parannuskeinojen tavoittamattomissa.<sup>50</sup> 1900-luvun alussa rotuhygieeniset ajattelutavat levisivät Suomeenkin ja saivat kannatusta niin paljon, että lopulta säädettiin sterilisointilaki ja -asetus vuonna 1935. Rotuhygienia perustui ajatukseen siitä, että perinnöllisesti heikkona aineksena pidettyjen ihmisten osuus väestöstä kasvaisi aiheuttaen aina lisääntyviä kustannuksia yhteiskunnan kannettavaksi. Pelättiin kansankunnan degeneroitumista. Tämä ajattelutapa sai tukea karkean perinnöllisyyskäsitteen lisäksi siitä pessimismistä, joka vallitsi mielisairaiden hoidon kohdalla sekä havaitusta mielisairaiden tilastollisesta kasvusta.<sup>51</sup> Toisen maailmansodan jälkeen hoito-optimistiset ajattelutavat alkoivat voittaa alaa ja edelleen tehokkaiden antipsykoottisten lääkkeiden tullessa markkinoille 1950-luvun alussa hoitopessimismin aikakausi alkoi olla loppuillaan.

<sup>49</sup> Hyvönen 2008, 46–48, 193; Bartlett 2001, 434.

<sup>50</sup> Hyvönen 2008, 48, 50, 196.

<sup>51</sup> Hyvönen 2008, 54, 198–210.

Periytyvyyden käsityksen muuttuessa monivaikutteisemmaksi, käsitys suoralinjaisesta mielisairauksien periytyvyydestä jäi sekin historiaan. Natsi-Saksassa järjestetyn kansanmurhan paljastuttua rotuhygieniä sai myös kulttuurisesti hirviömäisen leiman.

1930-luvulla alkoivat uudet somaattiset hoitomuodot vallata alaa mielisairaanhoidossa. Jo 1910-luvun lopussa keksittiin uusi hoitokeino, korkea kuumetta aiheuttava malariahoito, jolla hoidettiin onnistuneesti neurosyfilispotilaita. Nämä potilaat olivat yksi mielisairaalapotilasryhmä. Vaikka hoito olikin tuloksellista ja aiheutti optimismia mielisairaanhoidon mahdollisuuksista, niin se oli ratkaisu somaattiseen sairauteen, ei varsinaiseen mielisairauteen. Vuonna 1933 insuliinishokkihoidon tuloksellisuudesta saatiin näyttöä skitsofreniapotilaiden hoidossa. Sähköshokkeja kokeiltiin vuonna 1938, jonka jälkeen ne alkoivat yleistyä. Lobotomialeikkaukset aloitettiin nekin 1930-luvulla.<sup>52</sup>

Psykokirurgian suosio Yhdysvalloissa 1940-luvulta 1970-luvulle selittyy vaihtoehtojen puutteella ja huutavalla tarpeella auttaa potilaita näiden ankeassa tilanteessa. Skitsofreenikot olivat suurin ryhmä, mutta myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia käsiteltiin psykokirurgisesti. Joka tapauksessa psykokirurgia nähdään sitä harrastaneiden lääkäreiden vilpittömänä haluna auttaa ja uskomuksena, että se oli joissakin tapauksissa paras ja ehkä ainoa tapa auttaa potilaita.<sup>53</sup> Lääkäreiden vilpittömän usko potilaan parhaasta vaatii joitain varauksia. Esimerkiksi Edward Shorter on päätenyt käsitykseen, että tunnettua lobotomialeikkaajaa ja eräänlaista lobotomian apostolia, Walter Freemania, ei motivoinut ainoastaan tehokkaan ratkaisun löytäminen vaikeista oireista kärsivien mielisairaiden auttamiseksi, vaan myös kunnianhimo, joka saattoi sokaista hänet lääkärikollegoidensa kritiikiltä.<sup>54</sup> Olihan hän johtava asiantuntija ja klinikko lobotomialeikkausten saralla, ja koska leikkaukset hänen kokemustensa mukaan toimivat, joten millä kompetenssilla asiaa huonommin tuntevat voisivat häntä muka kritisoida. Shorter toteaa provosoivasti, että lääkäreillä ja eritoten psykiatreilla – psykiatristen sairauksien monisyisyyden ja diagnostisen hämäryyden johdosta – on taipumusta seurata muotivirtauksia laumasieluisesti.<sup>55</sup> Tällöin kyse lienee vilpittömästä uskosta, mutta hyvin vajavaisesta sellaisesta. Ennakkoluuloilla kyllästettynä ja professionaalista arvovaltaa ylläpitäen voi olla vaikea ottaa kritiikkiä ja vaihtoehtoisia kantoja avoimen tarkastelun alaisuuteen. Ennakkokuuloista onkin tuorehko esimerkki Duodecimissa ilmestyneessä lääkärin antamasta, suorastaan, nuhtelusta historioitsijan ja toisen lääkärin kriittiseen

---

<sup>52</sup> Hyvönen 2008, 53.

<sup>53</sup> Salminen 2010, 4042–4043; Goodman & Maggio 2008, Edward Shorterin haastatteluosuus.

<sup>54</sup> Goodman & Maggio 2008, Edward Shorterin haastatteluosuus.

<sup>55</sup> Shorter 2009, 5–6.

saman julkaisun kirjoitukseen masennusdiagnooseista. He saivat osakseen jo perinteiseksi leimakirveeksi muodostuneen ”antipsykiatrinen ajattelutapa” -iskun suoraan vyön alle, vaikka mistään sellaisesta ei ollut kysymys.<sup>56</sup>

---

1930-luvulla vaikutti mielisairaalahoidossa somaattisten hoitojen lisäksi simonilaisena työterapiana tunnettu potilaita aktivoiva hoitomuoto. Nimen hoitomuoto sai saksalaisen Hermann Simonin (1867–1947) mukaan. Hän oli mielisairaalamääränsä ollessaan ryhtynyt järjestämään potilaille kaikkia mielisairaala-alueen mahdollisuuksien rajoissa olevia töitä ja puuhia ulkotöistä erilaisiin sisätöihin. Tuloksensa hän julkisti vuonna 1929 ilmestyneessä kirjassaan. Tavoitteellisen toiminnan merkitys ihmiselle mielisairaalamääränsäkin oli keskeinen tulos tässä kokeilussa. Tätä intuitiivisestikin järkevää ajatusta ei kuitenkaan lähdetty kehittämään eteenpäin, vaan sen käyttö alkoi vähentyä. Ilmeisesti syynä tähän pysähtyneisyyteen oli shokkihoitojen tuoma uusi innokkuus.<sup>57</sup>

---

Vuonna 1952 markkinoille tuli klooripromatsiini. Se helpotti psykoosipotilaiden oireita ja siten helpotti kuntoutumista ja mahdollisti yhteiskuntaan takaisin pääsyn monille potilaille. Lääke yleistyi lähes välittömästi mielisairaanhoidossa ja edesauttoi uuden aikakauden alkuun psykiatriassa. Avohoidosta tuli varteenotettava vaihtoehto laitoshoidolle. Psykofarmakologinen kehitys joudutti myös neurotieteiden ja biologisen psykiatrian merkityksen kasvua lääketieteessä ja se puolestaan tuli kumoamaan psykoanalyttisen ajattelutavan valta-aseman 1970-luvulla Yhdysvalloissa. Psykykenlääkkeistä tuli hyvin suosittuja varsinkin Yhdysvalloissa.<sup>58</sup>

---

Yleisenä trendinä länsimaaisessa mielisairaanhoidojärjestelmässä oli 1900-luvun loppupuoliskolla laitosjärjestelmän purkautuminen ja siihen liittyvä avohoitopalveluiden syntyminen, sen kuitenkin tapahtuessa eri maissa eri tavoilla ja eriasteisesti. Laitosjärjestelmän purkamisesta tuli muotiasia 1950-luvun jälkeen psykiatriassa. Se alkoi Englannissa vuoden 1954 jälkeen. Tällöin laitoksissa olleiden mielisairaiden määrät olivat siellä korkeimmillaan olleen 148 100, mutta jo vuonna 1960 luku oli laskenut alle 12 000. Yhdysvalloissa laitospaikkojen lasku alkoi vuotta myöhemmin, mutta hyvin hitaasti, kunnes 1960-luvun alkaessa vauhti nopeutui merkittävästi. Sitten sama trendi alkoi näkyä muissakin maissa, kuten Ruotsissa ja Norjassa 1960-luvulla, kunnes vuosisadan lopulla mielisairaaloitten hylkääminen toteutui kaikkialla Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa.<sup>59</sup> On selvää, että vuonna 1952 markkinoille tulleet tehokkaat psykykenlääkkeet ovat keskeinen selittävä tekijä

---

<sup>56</sup> Pietikäinen & Turunen 2007; Pietikäinen & Turunen 2008; Lähteenmäki 2008.

<sup>57</sup> Hyvönen 2008, 62; Achté et al. 1994, 29–30.

<sup>58</sup> Hyvönen 2008, 65–66, 76, 193–194, 198.

<sup>59</sup> Oosterhuis 2006, 248; Scull 2011, 111–114; Hyvönen 2008, 66, 82, 214–215.

tässä mielisairaalapaikkojen vähenemisessä. Lääkkeiden lisäksi asiaan vaikutti yleinen humanisuuteen pyrkiminen mielisairaanhoidossa, mihin oli merkittävästi vaikuttanut terapeuttisten yhteisöjen -idea.

Saksa oli 1800-luvun puolivälistä lähtien johtava maa psykiatriassa, mikä näkyy 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun tunnettujen psykiatrien ja neurologien nimissä, kuten Alzheimer, Griesinger ja Kraepelin. Esimerkiksi suomalaisille lääketieteilijöille Saksa oli vielä ensimmäisen maailmansodan jälkeen keskeinen erikoiskouluttautumisen kohde. Kun natsien valtaantulo lopetti saksalaisen psykiatrian kansainvälisesti vaikutusvaltaisen aseman, niin Iso-Britannia ja Yhdysvallat nousivat sen tilalle, etenkin toisen maailmansodan jälkeen. Niiden kehitys ei suinkaan ollut samansuuntainen. Iso-Britanniassa sosiaali- ja yhteisöpsykiatria saivat suurta huomiota kun puolestaan Yhdysvalloissa psykoanalyysistä tuli keskeinen ajattelutapa psykiatriassa. Mielisairaalan avoimuutta alettiin harjoittaa vuonna 1935 Englannissa Warlinghamin Park Hospitalissa, mikä tarkoitti sitä, että lukot avattiin kaikista porteista ja osaston ovista.<sup>60</sup>

Vuonna 1879 Englannissa perustettu Mental After-Care Association alkoi 1930-luvulla tarjota palveluita mielenterveyspotilaille. Isot ja ylikuormitetut mielisairaalat olivat toimineet ennemminkin suojana kuin sairaalana ja ne olivat kytkeytyneet köyhäinhoidon perinteeseen.<sup>61</sup> Ensimmäisen maailmansodan seurauksena sotilailla ilmennyt taisteluväsymykseksi (shellshock) kutsuttua psyykkistä oireilua ryhdyttiin hoitamaan psykoterapeuttisten periaatteiden nojalla Maudsley Hospital:ssa vuonna 1916. 1920-luvulla degeneraatioajattelutapaa ja siihen liittyvää hoidollista pessimismää horjuttanutta psykodynaamista psykiatria alettiin soveltaa vuonna 1920 perustetussa Tavistock Clinic:ssa. The London School of Economics:ssa alettiin vuonna 1929 järjestää kursseja psykiatriasta hoitajille, yleislääkäreille ja sosiaalityöntekijöille, mikä edesauttoi sairaalan ulkopuolisen mielenterveyshoidon asiaa. Vuoden 1930 the Mental Treatment Act, jossa myös määriteltiin avohoitoklinikat ja toipilaskodit, oli ensimmäinen askel psykiatrian integroinnissa muuhun lääketieteeseen. Vielä Toisen maailmansodan syttyessä ei ollut kokonaisvaltaista sairaalahoidon ulkopuolista verkostoa olemassa. Avohoitotoiminta oli vielä ollut melko pienimuotoista.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Hyvönen 2008, 49–50, 61–64, 193–194; Tiitta 2009, 112.

<sup>61</sup> Oosterhuis 2006, 251.

<sup>62</sup> Oosterhuis 2006, 251.



Psykoanalyttiseen ajattelutapaan uskovat ajattelivat potilaiden paranemisen mahdollisuuteen. Siten psykoanalyysi shokkihoitojen kanssa nosti toiveikkuutta psykiatriakunnassa. Laitosten purkamistarpeeseen ja yhteiskuntaan palaamisen mahdollisuuteen johtanut toiveikkuus sai kuitenkin varsinaisen sysäyksen uusien psyykenlääkkeiden ansiosta. Tällöin tosin purkaminen tapahtui niin innokkaasti, että se jätti usein monet potilaat vaille hyvää hoitoa, kun avohoidollisia toimintoja ei kyettykään järjestämään samassa mitassa kuin laitoksesta vapautui potilaita. Pahimman esimerkin tästä prosessista tarjoaa Yhdysvallat, mutta myös Isossa-Britanniassa esiintyi laajana sama ongelma.<sup>63</sup>

---

### 2.3 Avohoidon vakiintuminen Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissa

Nicolas Henckesin mukaan mielisairaalarereformin aikakausi psykiatrian historiassa ovat ensimmäiset kolmekymmentä vuotta toisen maailmansodan jälkeen. Reformismi perustui paljon terapeuttisten yhteisöjen malliin. Terapeuttisten yhteisöjen käsite sai 1950-luvulla muotonsa. Kehityskulku oli lähtenyt liikkeelle Iso-Britanniassa toisen maailmansodan aikaisista psykiatrisista kokeiluista. Keskeisenä havaintona nousi esiin potilaslääkärisuhteen, ja siten myös laitoshoidossa, demokratisoimisen terapeuttinen vaikutus. Terapeuttisten yhteisöjen ajattelutapa nosti esiin yleisemmän pyrkimyksen tehdä psykiatriset laitokset humanimmiksi ympäristöiksi. Tämä tuli tarkoittamaan perinteiseksi tulleen työterapian laajentamista ja kuntouttavien toimien monipuolistamista; sekaosastojen avaamista; pyrkimystä rakentaa yhteyksiä laitoksen ulkopuoliseen yhteiskuntaan, kuten retket kaupungille, lomat ja perhekontaktien uudelleen virittäminen; henkilökohtaisten tavaroiden palautusta; suljettujen osastojen ja pakkokeinojen rajoittamista. Kaikkeen tähän liittyi myös pyrkimys parantaa potilaiden ja henkilökunnan välisiä suhteita ja kommunikaatiota saman koskiessa myös henkilökunnan eri ryhmien välisiä suhteita ja kommunikaatiota.<sup>64</sup>

---

Catherine Fussingerin mukaan terapeuttisten yhteisöjen historia voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe käsittää toisen maailmansodan aikaisen kokeilutoiminnan Iso-Britanniassa sotilaspsykiatrian alalla. Toinen vaihe kesti 1950-luvulta 1960-luvun alkuun, kun Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa vietiin kokeilut loppuun ja julkaistiin ensimmäiset teoreettiset esitykset terapeuttisten yhteisöjen mallista. Kolmannen vaiheen aikana, joka alkoi 1960-luvun puolivälistä ja

---

<sup>63</sup> Hyvönen 2008, 193–199.

<sup>64</sup> Henckes 2011, 164; Fussinger 2011, 146–147.

kesti 1970-luvun, tapahtui kolme asiaa: antipsykiatrit radikalisoivat mallin, antipsykiatrisesta liikkeestä kumpusi kritiikki mallia kohtaan ja mallin laaja leviäminen muihin länsimaihin. Neljäs vaihe, joka kesti kaksi viimeistä vuosikymmentä, näki mallin institutionalisoitumisen, jota seurasi innostuksen ja uskon väheneminen terapeutisia yhteisöjä kohtaan.<sup>65</sup>

Antipsykiatria oli 1960- ja 1970-luvuilla elänyt radikaali liike, jonka sisällä oli useita eri ideologisia vivahteita. 1960-luvun laitoksia – kaikkia laitoksia, ei ainoastaan mielisairaaloita – kritisoivat yhteiskunnalliset liikkeet perustuivat erityyppisiin ideologioihin, kuten lacanilaiseen psykoanalyysiin, poliittiseen radikalismiin tai johonkin muuhun. Jotkut heistä pitivät mielisairautta pikemminkin poikkeaville ihmisille asetettuna negatiivisena leimana, kuin varsinaisena sairautena. Yhteinen piirre liikkeen sisällä oli ankara kritiikki sairaalalaitosta vastaan. Tässä liike tulee lähelle reformistista psykiatriaa, mutta siinä missä reformistit suhtautuivat pragmaattisesti ja kokeilunhaluisesti avohoidon kehittämiseen, antipsykiatrinen liike vaati ideologiaperusteisesti laitosten lakkauttamista. Verrattuna antipsykiatreihin reformistiset psykiatrit suhtautuivat biologisiin hoitoihin hyvin positiivisesti, vaikka olivat alun perin omaksuneet lähinnä sosiaaliset ja psykologiset näkökulmat 1940- ja 1950-luvuilla. Antipsykiatrista liikettä kuvastaa myös sen voimakas kytkös aikansa vasemmistolaiseen politiikkaan.<sup>66</sup> 1960-luvulla alettiin yleisesti epäkriittisesti kritisoida kaikkia instituutioita, kuten brittipsykiatri ja kolumnisti Theodore Dalrymple tätä ideologista muoti-ilmiötä kuvaa.<sup>67</sup> Tällä laitoshoidon kohdistuvalla voimakkaalla ja ideologispainotteista kritiikillä<sup>68</sup> on ollut vielä nykypäivään asti heijastevaikutuksensa. Yhdysvaltain New Yorkissa ideologinen vastakkainasettelu psykiatrikunnan sisällä näyttäisi olleen todellisuutta vielä vuonna 1993 merkillisin ja traagisin seuraamuksin.<sup>69</sup>

Saksa taantui mielisairaanhoidon alalla vuodesta 1933 lähtien ja Iso-Britannia alkoi ottaa merkittävää asemaa maana, jossa mielisairaanhoidon uudet kokeilut herättivät kansainvälistä kiinnostusta. Siellä psykiatria sai sysäyksen eteenpäin vuoden 1930 laista, joka mahdollisti mielisairaaloiden avoimuuden. Toinen sysäys kehitykselle Iso-Britanniassa, mutta myös kansainvälisesti oli toinen maailmansota. Terapeuttinen yhteisö -nimellä kulkeva hoitomuoto sai

---

<sup>65</sup> Fussinger 2011, 149.

<sup>66</sup> Henckes 2011, 176; Porter 2002, 209–212; Fussinger 2011, 157.

<sup>67</sup> Dalrymple 2005.

<sup>68</sup> Tunnettuja kritikoita olivat Thomas Szasz, Michel Foucault, Erving Goffman, Russell Barton ja R. D. Laing. Laitoshoidon kritiikki osui sikäli merkilliseen hetkeen, että laitoshoidon oli alettu jo purkamaan ja vaihtoehtona psykiatriassa aina tunnettua avohoidon oli alettu laajenevassa määrin soveltamaan. Prosessi oli lähtenyt vauhtiin paljon uusien ja tehokkaiden psykofarmakoiden ansiosta sekä toisen maailmansodan aikana kehitettyjen terapeuttien yhteisöjen -hoitomuodon pohjalta.

<sup>69</sup> Kts. City Journal, Spring 1993, Deinstitutionalizing the Mentally Ill.

alkunsa Englannissa, kun natseja pakoon lähtenyt Itävaltalainen juutalainen lääkäri aloitti psykoterapiaryhmät Lontoon avohoitopotilaille vuonna 1939. Hänen ideansa oli potilaiden ja potilasryhmän mahdollisimman suuri autonomisuus, he saivat itse olla vastuussa ryhmän toiminnasta eikä kukaan henkilökunnasta määrännyt ja ohjannut toimintaa ylhäältä päin.<sup>70</sup>

Itse terapeutin yhteisön käsite syntyi vasta Maxwell Jonesin johdolla toimineen sodan vuoksi perustetun Mill Hillin ensiapusairaalan työn kautta. Shorterin mukaan nämä yhteisöt syntyivät tässä ensiapusairaalaan ikään kuin vahingossa. Sairaalan avoimessa ilmapiirissä kyettiin oppimaan uusista havainnoista, joita oli tehty potilasryhmien dynamiikasta. Tähän ilmapiiriin ilmeisesti vaikutti osaltaan sota-aikana vapaaehtoisiksi sairaanhoitajiksi ryhtyneet naiset, joille vapaa ajatuksenvaihto oli tavanomaista kanssakäymistä. Huomattiin kuinka informaation jakoa varten perustettujen ryhmien potilaat alkoivatkin tuoda esiin kokemiaan ongelmia osastojen toiminnoissa. Tällaisten keskustelujen seurauksena myös osastojen ilmapiireissä tapahtui muutoksia. Sitten alettiin kokeilla ottaa esiin sosiaalisia ongelmia näytelmien kautta, mikä näytti tuottavan myös hyviä tuloksia. Mill Hillin ryhmä sai vastuulleen vuonna 1945 sodasta paalaavien miesten ryhmän, jonka hoidon keskeisenä osana oli yhteisön päivittäinen kokous, jossa käsiteltiin muun muassa sosiaalista elämää ja pelkoja niihin liittyen, kuten seksin uudelleen aloittamista puolisoiden kanssa.<sup>71</sup>

Toinen maailmansota toi siten uusia psykiatrisia innovaatioita, kuten lyhyt psykoterapian ja ryhmäterapian ja edelleen terapeuttien yhteisöjen -mallin. Sodan jälkeen psykiatrasta kuntouttamista kannatettiin yleisemmin yhteiskunnassa, kun oli haluna auttaa sodassa vammautuneita veteraaneja. Psykiatrit alkoivat hyödyntää enemmän psykoterapiaa ja kokeilla terapeuttien yhteisöjen mallia. Yleisesti länsimaissa ja eritoten Britanniassa psykoterapiaa oli pidetty mahdollisuuksiltaan hyvin rajallisena kroonisesti sairaiden mielisairaalapotilaiden hoidossa 1900-luvun ensimmäisen puoliskon ajan. Psykiatrasta tuli vuonna 1946 osa the National Health Serviceä, joka teki mahdolliseksi mielenterveyden häiriöistä kärsiville saada hoitoa psykiatristen sairaaloiden ulkopuolelta. 1950-luvun puolivälissä antipsykoosilääkkeiden ja sähköshokkihoidon ansiosta potilaiden sairaaloissa viettämä aikana väheni. Uusi lääkitys laajensi mahdollisuutta psykoterapeuttiseen ja sosiaalipsykiatriseen hoitoon. Jotkut psykiatrit ja psykiatriset sosiaalityöntekijät alkoivat vierailla potilaiden kodeissa. 1950-luvulla Britanniassa esitettiin, että psykiatria tulisi integroida yleislääketieteeseen, mikä tarkoitti, että psykiatrisia sairauksia tulisi

---

<sup>70</sup> Shorter 2005b, 270–272.

<sup>71</sup> Shorter 2005b, 272–274.

hoitaa yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla. Hallituksen tasolla oli kasvavaa kiinnostusta yhteisöhoidon suhteen, minkä katsottiin vähentävän potilaiden riippuvuutta mielisairaaloista ja siten vähentävän hoitokustannuksia.<sup>72</sup>

---

Englannissa mielisairaaloita rakennettiin 1930-luvulle asti. Parhaimmillaan ne olivat yli 2000 potilaspaikan sairaaloita ja yleensä muun yhteiskunnan ulkopuolelle. Potilasmäärät mielisairaaloissa kasvoi vuoteen 1954 asti, sitten ne alkoivat laskea. 1920-luvulla yleissairaaloihin otettiin mielisairaita vapaaehtoisuuteen perustuen. Vuoden 1930 laissa säädettiin avohoitovastaanottojen perustamisesta. 1930-luvulla alkoikin kehittyä avohoidossa erityisesti päiväsaairaala- ja kotisairaanhoidomuodot. Mielenterveyskomitean vuoden 1957 mietinnössä tuotiin ensimmäistä kertaa julki ajatus avohoidon ensisijaisuudesta mielisairaanhoidossa. Vuonna 1948 säädetyin lain mukaan luotiin perusterveydenhuollon lähtökohdaksi perhelääkärijärjestelmä. Siinä heidän vastuulleen tulivat myös arviolta 90 % mielenterveyspuolen avohuoltopotilaista. Tämä tarkoitti sitä, että sairaalajärjestelmä pystyi keskittämään voimavarat vaikeimmin ja kroonisesti sairaisiin ja heidän kuntoutustoiminnan kehittämiseen.<sup>73</sup>

---

Yhdysvalloissa mielisairaalajärjestelmä alkoi purkautua vuonna 1955. Siellä psyykenlääkkeiden lisäksi kasvava psykoanalyttinen vaikutus psykiatriassa 1940-luvulta lähtien ja erityisesti sotaneuroosien ansiosta vakuutti monet psykiatrit mielisairaalan ulkopuolella annettavan hoidon mielekkyydestä. Vuoden 1961 mielenterveyskomitean mietinnössä pidettiin hoidon lähtökohtana potilaan paluuta normaaliin elämään. Tätä käytäntöä oli tarkoitus toteuttaa jälkihoidon ja kuntoutuksen avulla. Vuoden 1963 laissa pidettiin avohoitopalvelujen kehittämistä painopistealueena. Käytännössä mielisairaalahoidosta vapautuneet rahat eivät kuitenkaan siirtyneet avohoidosta vastaaville laitoksille ja niiden toiminnassa ei aina otettu riittävästi huomioon vaikeimmin sairaita potilaita, jotka sitten jäivät usein heitteille ilman asuntoa, työtä ja sopivaa hoitoa. On arvioitu kolmasosan kodittomista olleen mielisairaita. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien hoidossa oli kuitenkin alueellista vaihtelua ja joissain paikoin vaikeimminkin sairast saivat sairaalan ulkopuolella osakseen tarpeidensa mukaista hoitoa. Yhdysvaltain hyvin toimivista yksiköistä onkin haettu oppia muiden länsimaiden mielisairaanhoidotapoihin. 1980-luvulla kokonaistilanne parani kun yleissairaalat alkoivat ottaa sisään enemmän psykiatrisia potilaita ja yksityisten psykiatristen sairaaloiden hoitopaikat kasvoivat.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> Oosterhuis 2006, 252; Neve 2004, 407; Hyvönen 2008, 202–203.

<sup>73</sup> Hyvönen 2008, 80–81.

<sup>74</sup> Hyvönen 2008, 64–67, 82–84.

Italiassa 1900-luvun alussa perustettiin joitain mielisairaalan ulkopuolisia hoitoloita ja myös perhehoitoa sovellettiin laajalti. Toisen maailmansodan jälkeen Italian mielisairaaloit olivat Euroopan kehnoimpia. Tämä johtui siitä, että mielisairaalat olivat liian täysiä ja että oli puutetta pätevistä henkilökunnasta. 1960-luvulla muutamia avohoidon kokeiluja tehtiin 1960-luvulla. Tärkeänä oli Franco Basaglian kokeilut, joissa hän laittoi lopun mielisairaalan eristäytyneisyydelle ja potilaat saivat lisää liikkumisen vapautta. Basaglian johdolla Italiaan syntyi lääketieteellisen psykiatrian vastainen liike, joka johti lopulta radikaaleihin reformeihin. Basagliaa on pidetty antipsykiatrian yhtenä tunnettuna käytännön mielisairaanhoidojärjestelmään vaikuttaneena hahmona. Avohoidojärjestelmään siirtyminen oli vuoden 1978 laissa määritelty niin vahvaksi, että sen perusteella kiellettiin tyystin mielisairaaloiden rakentaminen.<sup>75</sup>

---

Vaikka Ranskan hallitus salli mielisairaaloiden käyttää kolmannen budjetistaan potilaiden yhteiskuntaan integroimistoimintoihin, niin käytännössä vähän saavutettiin. Järjestelmä oli voimakkaasti laitospainotteinen. 1920-luvulla yksittäisen psykiatrin aloitteesta ensimmäinen avohoitolaitos perustettiin Pariisiin. Kuitenkin vielä 1950-luvulle asti vastaavat laitokset olivat harvassa. Toisen maailmansodan jälkeen myös Ranskassa alettiin organisoida jälkihoitajärjestelmää, jonka tarkoituksena oli vähentää mielisairaalassa vietettyä aikaa. 1950-luvun lopulla useat psykiatrit alkoivat Pariisissa järjestää paikallistasolla terapeuttien yhteisöjen mallin mukaista hoitoa. Tästä projektista tuli malli myöhemmille 1960-luvulla aloitetuille reformeille. Psykykenlääkkeet ja psykoterapia vaikuttivat keskeisesti tähän muutokseen. Vielä vuonna 1960 mielisairaalat elivät omassa eristäytyneisyydessään muusta lääketieteellisestä maailmasta. Mielisairaalahoidon uudistamisesta keskusteleminen oli ollut sotien välisenä aikana lähinnä joidenkin yksittäisten psykiatrien esille nostamaa. Sitten ehdotuksia alkoivat tehdä psykiatrian ammattijärjestöt.<sup>76</sup>

---

Mielisairaalahoidon järjestelmät laajenivat kaikissa Pohjoismaissa 1950- ja 1960-luvulle asti. Norjassa pitkäaikaishoidon määrät alkoivat vähetä kansainvälisestikin varhaisesti jo 1950-luvun puolivälin jälkeen, Ruotsissa ja Islannissa sairaansijojen määrät kasvoivat 1960-luvulle asti. Norjassa sairaalahoidon rinnalle perustettiin 1950-luvulla ensimmäiset poliklinikat sairaalapotilaiden jälkihoitoa varten. 1900-luvun alun Tanskassa oli perustettu hoitokoteja

---

<sup>75</sup> Oosterhuis 2006, 253; Hyvönen 2008, 69.

<sup>76</sup> Oosterhuis 2006, 252–253; Henckes 2011, 170.

pitkäaikaissairaille. 1930-luvulla siellä alkoi polikliininen avohoito. Islannissa kuntoutusosasto- ja kotitoimintaa alettiin viritellä 1950-luvulla ja erityisesti 1960-luvulla.<sup>77</sup>

---

Ruotsissa oli 1930-luvulla toteutettu avohoidollista jälkihoitoa, mutta määrätietoinen avohoidon kehittäminen ajoittuu 1960-luvulle sairaaloiden yhteydessä toimiviin poliklinikoihin. Samalla vuosikymmenellä perustettiin ensimmäiset päivätoimintayksiköt ja päiväsairaalat. Psykiatrian integraatio muuhun erikoissairaanhoidoon alkoi Ruotsissa 1930-luvun lopulla, kun psykiatrisia vuodeosastoja alettiin perustaa yleissairaaloihin avo-osastoperiaatteella. Niissä varustus ja henkilöstömäärät kehittyivät pitemmälle kuin mielisairaaloissa. Norjan ensimmäinen psykiatrinen osasto yleissairaalassa oli perustettu jo vuonna 1917, Tanskassa vuonna 1934 ja siellä se yleistyi 1950-luvulla, kunnes vuodesta 1976 lähtien psykiatria oli täysin integroitunut muun erikoissairaanhoidon kanssa eli erillisyyden aika oli päättynyt. Islanti tuli tässä suhteessa myöhässä.<sup>78</sup>

---

1980-luvulla Ruotsissa tavoitteeksi asetettiin aluepsykiatrinen hoitojärjestelmä ja mielisairaiden sairaalahoidon keskittäminen yleissairaaloihin. Esimerkiksi muita Pohjoismaita myöhemmin toteutetussa suomalaisessa aluepsykiatrisessa järjestelmässä oli suunniteltu mielisairaanhuoltopiirit jaettavaksi itsenäisiin mielenterveyskeskuksiin. Niissä puolestaan omat työryhmät huolehtivat alueensa psykiatrisen terveydenhuollon kaikista palveluista, niillä olisi vastuu noin 25000–40000 asukkaan alueen mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Tarkoituksena oli lisätä hoidon joustavuutta, jatkuvuutta ja päästä lähelle palveluiden tarvitsijoita. Samalla paranisivat psykiatrisen terveydenhuollon mahdollisuudet lisätä yhteyksiä muuhun yhteiskuntaan. Kyse oli järjestelmämuutoksesta, jossa asutuksesta etäällä olevista mielisairaaloista siirryttiin asutuksen keskelle tarjoamaan hoitoa, joka tähtäsi potilaan itsenäisen toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpysymiseen. Norjassa jo 1980-luvun alussa hoito toteutui lähes kaikkialla aluepsykiatristen periaatteiden mukaisesti ja Norja olikin tässä muita Pohjoismaita edellä. Tanskassa 1970-luvun suunnitelmissa painotettiin aluepsykiatriaan siirtymistä.<sup>79</sup>

---

Keski-Euroopassa useimmissa mielisairaaloissa oli päiväkäyntejä varten poliklinikat 1920-luvun lopulla. Psykiatrian klinikat yleistyivät siellä myös yleissairaaloihin. Ensimmäinen sosiaalipsykiatrinen yksikkö perustettiin Saksassa 1900-luvun alussa nimellä *nachgehende*

---

<sup>77</sup> Hyvönen 2008, 77–80.

<sup>78</sup> Hyvönen 2008, 77–80.

<sup>79</sup> Hyvönen 2008, 77–80, 214–217, 115–116.

*Fürsorge*. Nimensä mukaan se tarjosi jälkihoitoa ja oli suunnattu potilaille, jotka kykenivät työskentelemään. kyseinen toiminta sai osakseen kansainvälistä huomiota. Sitten on vielä jo mainittu Hermann Simonin 1920-luvulla kehittänyt mielisairaalahoidon suunnattu ja muihinkin maihin yleistynyt jonkinlaista kuntoutumista tai aktivoitumista edesauttanut työterapiamalli. Kolmannen valtakunnan ja sodan seurauksena sairaalan ulkopuolinen mielisairaanhoido tyrehtyi tyystin. Vasta 1960-luvulle tultaessa uudistajamieliset psykiatrit alkoivat jälleen saada tukea osakseen. Sitä ennen psykiatrit, jotka työskentelivät mielisairaaloiden ulkopuolella, kuten yliopistoissa, pääasiassa suuntautuivat neurologiaan. Lääketieteellinen fokus johtui osittain vakuutusjärjestelmästä, joka ei kannustanut aikaa vaativiin keskusteluterapioihin.<sup>80</sup>

## 2.4 Avohoito suomalaisessa mielisairaanhoidossa

Vaikka 1800-luvun puolivälin jälkeen rakennetut mielisairaalat olivat useille potilaille lopullisia sijoituspaikkoja, ne eivät olleet muusta yhteiskunnasta täysin eristettyjä ja suljettuja yhteisöjä. Potilasvaihtuvuutta on suomalaisissa mielisairaaloissa ollut Lapinlahden sairaalan perustamisesta lähtien. Useimmat potilaat ovat viettäneet niissä rajatun ajan ja jotkut ovat palanneet takaisin arkielämäänsä joskus käyden uudelleen sairaalassa ja joissain tapauksissa palaten<sup>81</sup> sinne lopullisesti.<sup>82</sup>

1800-luvun lopulla käynnistyi keskustelu mielisairaiden hoidon ajanmukaistamisesta. Tällöin lääkärin valvonnan alaisessa hoidossa oli suhteellisen pieni osa mielisairaista. Mielisairaalat ja kunnalliskotien mielisairasosastot toimivat jatkuvasti ylikapasiteetilla. Ratkaisumalleina esillä olivat toisiaan täydentävinä laitoshoido ja niin sanotut vapaat hoitomuodot. Vapaita hoitomuotoja – joihin voidaan pitää perhehoitoa, Suomessa hetken kokeiltua siirtolajärjestelmää sekä huoltotoimistoja – alettiin kokeilla Suomessa alkunsa 1800- ja 1900-luvun vaiheilla. Perhehoidon lisäksi 1920-luvun lopulla saatiin uusi kokeilutoiminta, kun Sielunterveysseuran aloitteesta vuonna 1927 Helsinkiin

<sup>80</sup> Hyvönen 2008, 48; Oosterhuis 2006, 249–251.

<sup>81</sup> Vapaaehtoinen mielisairaaloihin hakeutuminen yleistyi vasta 1960-luvulla, joten ei voida yleistää puhua yksilön oma-aloitteellisesta mielisairaalamäkäymisestä tai palaamisesta. Kaarninen & Kaarninen 1990, 202.

<sup>82</sup> Esimerkkinä voisi mainita mielisairaalamäkäynnin jälkeen sinne uudelleen pysyvästi viety Anna ”prinsessa” Svedholm, jonka mielisairaalamäkäymisestä valmistui vuonna 2010 Arto Halosen ohjaama elokuva *Prinsessa*.

perustettiin Suomen ensimmäinen psykiatrinen huoltotoimisto<sup>83</sup>, ”avustustoimisto sielullisesti sairaille”.<sup>84</sup>

Vaikka perhehoitoon Suomessa jonkin verran panostettiin, päädyttiin kuitenkin sairaalakeskeiseen järjestelmään, jonka yhtenä osana perhehoito toimi. Perhehoito oli Suomessa muutaman harvan kodinomaisen hoitokodin ja huoltotoimiston kanssa ainoa mielisairaiden avohoidollinen hoitotapa ennen 1950-lukua, jolloin huoltotoimistoja alettiin kehittää vuoden 1952 mielisairaslain pohjalta. Perhehoitoa alettiin soveltaa yleisemmin 1930-luvulla virinneen uuden kokeilukauden aikaan ja se näytti säilyneen mielisairaaloiden käytäntönä, tosin melko pienimuotoisena, aina sosiaalipsykiatrian ja avohoidon vakiintumiseen asti.<sup>85</sup> Perhehoitosiirtolan alueelle 1900-luvun alussa perustetussa Nikkilän sairaalassa perhehoidossa oli suhteellisesti eniten potilaita kaikista Suomen mielisairaaloista. Miksi Nikkilän malli ei yleistynyt, miksi samankaltaisia osuuksia rauhallisista ja kroonisista mielisairaista ei hoidettu yleisesti kaikissa mielisairaaloissa Suomessa? Tämä kysymys auttaa ymmärtämään hoitojärjestelyjen sidonnaisuuden johtavien psykiatrien ajattelutapoihin. Alustavasti en keksi muuta selitystä kuin sen, että – vaikka perhehoito oli kansainvälisesti havaittu toimivaksi – psykiatreilla oli omat lempiajattelutapansa. Psykiatrien ajattelutavat perustuivat opettajiensa näkemyksiin, vierailuihin ulkomaisissa laitoksissa, ulkomaiseen kirjallisuuteen ja omiin kokemuksiin. Näkemysten käytännön toteutusta ei ohjastanut kansallinen lainsäädäntö riittävästi, jotta perhehoidosta olisi tullut yleinen hoitomuoto. Lakiin perhehoito tuli vuonna 1937, jolloin se alkoi yleistyä. Miksi se tuli lakiin, jos psykiatrit eivät olleet yhtenä rintamana sitä ajamassa? Ehkä vain siksi, koska he eivät olleet erityisesti sitä vastustamassakaan. Se ei vain ollut heidän mielestään erityisen kiinnostava mielisairaanhoidollinen hanke omien lempiprojektiansa ohessa. Toinen keskeinen asia, jonka Nikkilän tapaus asettaa kyseenalaiseksi on mielisairaalalaitoksen ikään kuin automaattinen avohoitovastaisuus ennen 1960-lukua. Näinhän ei perhehoitoa ajatellen Nikkilän kohdalla ollut. Ongelma palautuu kolmeen asiaan: kansalliseen lainsäädäntöön ja ohjaukseen, avainhenkilöiden omiin kiinnostuksen kohteisiin sekä kunkin mielisairaalaan omiin perinteisiin.

Sairaansijojen tarve oli syynä 1950-luvulla aloitettuun B-mielisairaalamyönteisyyden rakentamiseen. Tiitta toteaa, että avohoitoa ei 1960-luvulla mielisairaanhoidossa juuri käytetty.<sup>86</sup> Olisikin

---

<sup>83</sup> Ilmari Kalpa kirjoitti vuonna 1931, että huoltotoiminta oli kansantaloudellisesti, sosiaalisesti ja moraalisesti perusteltua. Ihanus 2005, 119.

<sup>84</sup> Ihanus 2005, 119.

<sup>85</sup> Katso luku perhehoidosta.

<sup>86</sup> Tiitta 2008, 320–325, 322.



kiinnostavaa selvittää arkistoista, käytiinkö 1950-luvulla keskustelua avainhenkilöiden välillä esimerkiksi perhehoidon tehostamisesta yhtenä ratkaisuna paikkapulaan. Vuonna 1950 Duodecimissa julkaistu artikkeli ainakin kuvaa perhehoitoa positiivisessa valossa, mutta vielä pimentoon jää vastakaiun määrä ja luonne tällaiselle ajattelulle ennen päätöstä ryhtyä rakentamaan B-mielisairaalarverkostoa. Joka tapauksessa, mitään erikoista ei tapahtunut perhehoidon saralla, joten on luontevaa olettaa viimeistään B-mielisairaalarverkoston rakentamisen pyyhkäisseen perhehoidon laajentamisen keskusteluista syrjään. Tavallaan tämä mielisairaalarakentaminen ainakin hallinnon kannalta ratkaisi paikkapulaongelman. Avohoitoa suosiva ja siten vähintäänkin implisiittisesti sairaalahoitoa kritisoiva ajattelutapa ei saanut suopeaa vastakaikua osakseen aikana, jolloin suuria investointeja vaatinut sairaalarakentaminen oli alettu saada päätökseensä.

Pitkänimessä vuodesta 1908 lähtien hoidossa olleelle kriminaalipotilaalle järjestettiin ylilääkärin esityksestä vuonna 1915 laitoshoidon jälkeen sairaalan läheisyyteen asumaan ja siellä hän ansaitsisi elantonsa tekemällä ompelutöitä laitokselle ja yksityisille tahoille.<sup>87</sup> Jonkinlaista asuntolapalvelua ja suojatyon tapaista kuntouttavaa toimintaa oli siis olemassa 1900-luvun toisella vuosikymmenellä, vaikkakin yksittäistapauksessa ja ylilääkärin harkintaan perustuen. Kaikille, tai juuri kenellekään, vastaavaa jälkihoitoa ei järjestynyt ja luultavasti vielä vähemmän sairaala-alueelta etäälle siirtyneille. Mistään jälkihoitoinstituutiosta ei voida puhua.

Pitkänimeseen perustettiin poliklinikka vuonna 1927.<sup>88</sup> Eräänlaista kotikäynteihin perustuvaa jälkikontrollia, jos ei jälkihoitoa, Pitkänimessä harrastettiin lääkintöhallituksen kehotuksesta ainakin yhden kriminaalipotilaan kohdalla vuonna 1936. Tämä perhehoidossa ollut potilas asetettiin vuoden koeajalle, jolloin hänen tuli kahdesti kuukaudessa käydä sairaalan poliklinikalla tekemässä selkoa tilastaan ja olosuhteistaan. Sen lisäksi perhehoidosta vastaavan hoitajan oli käytävä ”sopivin väliajoin” tarkistamassa henkilön tilaa. Jos mielisairauteen viittaavaa<sup>89</sup> tai juoppoutta alkoi ilmetä, niin henkilö oli viipymättä toimitettava takaisin sairaalaan.<sup>90</sup> Kyseessä näyttäisi todellakin olleen jälkikontrolli eikä niinkään kuntouttavaa tukitoimintaa tarjoava palvelu.

---

<sup>87</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 62.

<sup>88</sup> Vuoden 1927 asetus hermotautiasaston ja poliklinikan sekä neljännen alilääkärinviran perustamisesta Pitkänimien keskuslaitokseen. Asetuksen 2 §: ”Hermotautiasaston yhteyteen järjestetään hermo- ja mielitauteja sairastavien tutkimista, hoitamista ja huoltotoimintaa varten poliklinikka, jossa varattomat ovat oikeutetut, tulematta laitokseen otetuiksi, saamaan maksuttomasti hoitoa ja neuvoja, kun he saapuvat sinne ylilääkärin määrääminä aikoina.”

<sup>89</sup> Esimerkkeinä mainitaan ”unettomuus, pelko, epäluuloisuus ym.”

<sup>90</sup> Hämeenlinnan maakunta-arkisto, Pitkänimien sairaalan arkisto, ylilääkärille saapuneet ja lähteneet kirjeet, lääkintöhallituksen kirjeet ylilääkärille, 22.12.1936 No 12865.

Aarne Soininen katsoi vuonna 1938, että laitoshoidossa oli syytä ottaa huomioon yleinen miljöövaikutus, lääkärin ja hoitohenkilökunnan suora vuorovaikutus potilaiden kanssa, työterapia ja vapaat hoitomuodot. Neuman-Rahn vuoden 1924 oppikirjassaan painotti myös harrasteiden tärkeyttä mielisairaanhoidossa.<sup>91</sup>

Vuonna 1948 Eero Hillbom kirjoittaa Yhdysvalloissa alkunsa saaneesta mentaalihygieniasta<sup>92</sup> (”sielunelämän terveydenhoito”), että se on ”meillä niin kuin muuallakin... verraten hajanaista eikä ole saavutettu yhtenäisiä ja vakiintuneita muotoja.” Hillbom esittää, että mentaalihygieeninen toiminta sai alkunsa Yhdysvalloissa, kun mielisairaanhoidon puutteellisuudet ja mielisairaiden suuri lukumäärä johti siihen, että ”alettiin kiinnittää huomiota kaikenlaisiin sosiaalisiin sopeutumattomuusilmiöihin enemmän kuin varsinaisiin mielisairauksiin ja vajaamielisyytiloihin.” Hillbom katsoo, että psykoanalyysi on auttanut näkemään varhaisen lapsuuden merkityksen monissa tapauksissa. Tämän havainnon seurauksena on tullut tarve painottaa mentaalihygieenistä toimintaa lasten ja nuorten suuntaan. Tässä kohtaan Hillbom kritisoikin silloin valmisteilla ollutta mielisairaslainsäädännön uudistamistyötä, jossa hänen sanojensa mukaan suunnitteilla oleviin ehkäisevään mentaalihygieniaan keskittyville toimistoille on ”aivan liian vähän edellytyksiä varattu juuri lapsiin ja nuorisoon kohdistuvaan työhön.” Hillbomin ajattelussa näkyy selvästi sosiaalipsykiatristen menetelmien arvostus. Hillbom viittaa Yhdysvaltoihin kirjoittaessaan mentaalihygieniasta. Ilmeisesti osittain Yhdysvalloista, mutta luultavammin pääasiassa muualta Euroopasta haettiin mallia huoltotoimistojen järjestämiseen. Hillbom mainitsee sanan ”avohuolto” mielisairaanhoidon yhteydessä. Tämä on minun silmiini osunut ensimmäinen kerta, kun kirjoitetaan avohuollosta suomalaisessa julkaisussa mielenterveystyön yhteydessä. Terveystieteiden lehdessä mainitaan avohuolto ensimmäisen kerran mielisairaanhoidon yhteydessä vuonna 1948 Eero Hillbomin jutussa.<sup>93</sup> Tosin Duodecimissa mainitaan vuodelta 1930 Lauri Saarnion matkakertomuksessa yhteiskunnallispsykiatrinen huolto, joka tarkoitti käytännössä samaa asiaa.<sup>94</sup>

Keskittymällä mielisairaanhoidon historiaan, voi saada kuvan kuinka mielisairaanhoito on muuhun sairaanhoitoon nähden ollut kehittymätöntä ja joskus jopa epähumanista. Mielikuva ei ole täysin

---

<sup>91</sup> Ihanus 2005, 120.

<sup>92</sup> Hillbom listaa yleiset mentaalihygieniset työmuodot ja järjestelyt: ”mielisairaaloitten yhteyteen perustetut poliklinikat ja huoltotoimistot avohuoltoineen ja perhehoitoineen, erikoiset nuorisorikoslait, nuorisotuomioistuimet ja -vankilat, erilaiset vajaakykyisten ja poikkeavien lasten koulut ja muut opetus- ja kasvatuslaitokset, sterilisointilait, alkoholisti- ja irtolaislait vastaavine huoltomuotoineen, avioliitto- ja kasvatusneuvolat, sekä hermo- ja mielitautien vastustamisyhdistykset.”

<sup>93</sup> Hillbom 1948, 252–253.

<sup>94</sup> Saarnio 1930, 1013.

perusteeton, koska mielisairaisiin on liittynyt vahva leima jollain tapaa epäkelvoina<sup>95</sup> ja vähän pelottavinakin<sup>96</sup> yhteiskunnan jäsenenä. Suljettu hoitoympäristö, kummalliset ja vahingolliset hoitomenetelmät – vai pitäisikö sittenkin puhua käsittelymenetelmistä – kuuluvat mielisairaanhoidon historiaan. Kuitenkin, 1800-luvun lopulla virisi halu parantaa heikko-osaisten asemaa ja tarjota uusia pakkokeinoista vapaita hoitoympäristöjä ja ainakin inhimillistä hoivaa mieleltään sairastuneille.

Sairaalahoitoon juurtunut mielisairaanhoidon ei ollut 1900-luvun terveydenhoidossa poikkeus. Suomalaisessa terveydenhoidossa avohoidon ja ehkäisevän hoidon määrätietoinen kehittäminen alkoivat vasta 1970-luvulla. Vasta vuoden 1972 kansanterveyslaki määritteli terveyspolitiikan painopistettä avohoitoon ja ennaltaehkäisyyn.<sup>97</sup> Sotien jälkeisen tiukan taloustilanteen seurauksena Suomessa keskityttiin sairaalarakentamiseen, jotta voitaisiin vastata kattavasti akuuttien sairauksien hoidontarpeeseen. Vaikuttavaa perustetta satsata avohoitoon tuli sittemmin havainnosta, että sairaalakustannusten nopean kasvun myötä suomalaisten terveydentilassa ei ollut tapahtunutkaan odotettua paranemista. Ehkäisevän hoidon muotoina äitiys- ja lastenneuvoloita tosin oli alettu perustaa 1950-luvulla ja niistä tulikin menestystarina.<sup>98</sup>

Lääkintöhallituksen pääjohtaja Niilo Pesosen painotti vuonna 1957 pitämässään esitelmässä tarpeeseen kiinnittää huomiota avohoitoon ja ennaltaehkäisevään hoitoon. Pesonen perusteli tarvetta taloudella: sairaaloiden rakentaminen ei ratkaise sairaiden ”hoitokysymystä”, mutta imee kyllä yhteiskunnan varat kuiviin. Lääkintöhallituksen ehdotuksesta vuonna 1958 sisäasianministeriö asettikin komitean selvittämään avohoidon kehittämistä. Sen tulokset tosin tulivat näkymään vasta yli kymmenen vuoden päästä.<sup>99</sup> Hyvönen tulkitsee, että monissa maissa siirryttäessä mielisairaanhoidossa avohoitoon, siihen näytti liittyneen vahvana ajatuksena ”vapauttaa” potilaat. Tällöin puolestaan hyvä hoito ehkä jäikin todellisuudessa tämän vapauttamisideologian taka-alalle. Tässä mielessä Suomen jälkijättöisyys saattoikin olla hyvä asia potilaiden kannalta.<sup>100</sup>

Suomessa laitospaikkojen määrä mielisairaanhoidossa oli 1970-luvun alkuun noussut yhdeksi maailman korkeimmaksi, 4,2 paikkaa tuhatta asukasta kohti. Suomessa alkoivat avohoidon

<sup>95</sup> Erityisesti 1900-luvun rotuhygieeninen liike.

<sup>96</sup> Esimerkiksi mielisairaiden kuljetuksen ongelmat 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa; Anttisen kertomus lapsuuden kaverin vanhemmista; ennakoluulojen hälveneminen perhehoidon historiassa; Vuoden 1868 tammikuussa Helsingfors Dagbladetin toimittaja oli vieraillessaan Lapinlahden sairaalassa tuntenut siellä pelkoa. Hyvönen 2008, 91.

<sup>97</sup> Meskus 2009, 72.

<sup>98</sup> Tiitta 2009, 311–313, 502.

<sup>99</sup> Tiitta 2009, 314.

<sup>100</sup> Hyvönen 2008, 198, 215.

mahdollisuudet muuttua vuodesta 1954 lähtien, kun nykyaikaiset psyykenlääkkeet tulivat markkinoille. Sairaalarakentaminen vei psykiatria suuntauista menoista kuitenkin valtaosan ja huoltotoimistoja alettiin verkkaisesti perustaa vuodesta 1957 lähtien. Avohoidon osuus kaikista mielisairaanhoidon menoista oli 5 % vielä vuonna 1975. Verrattuna Yhdysvaltoihin ja Länsi-Eurooppaan, jossa laitospaikkojen määrät olivat alkaneet vähentyä 1950-luvulta lähtien, Suomessa oltiin kaksivuosisikymmentä jäljessä kehityksestä.<sup>101</sup>

Vertaillaessaan Suomea muihin Euroopan maihin vuonna 1969 Yrjö Alanen toteaa sen olevan joissain suhteissa takapajuinen. Suomesta puuttuvat yleissairaaloiden psykiatriset osastot ja päiväsaairaala- ja kotisairaanhoitotoiminnassa on alkutekijöissään. Sitten hän suuntaa kritiikkinsä mielisairaalaverkostoa kohtaan kommentoiden, että ”meillä kunnioitetaan liiaksi sairaalarakennusten ulkonaista komeutta tarkoituksenmukaisten, vaatimattomampien ja myös halvempien avohoitoyksikköjen aikaansaamiseen verrattuna.” Mielisairaanhoidon mekaanisuudesta hän huomauttaa tyrmävästi, että ”hoitokoneiden hankkimisen tarpeellisuus meillä yhä ymmärretään paremmin kuin hoitavien ihmisten.” Alanen kaipasi koulutusmahdollisuuksien, uusien toimien ja virkoja lisäämistä etenkin avohoidon puolelle.<sup>102</sup>

## 2.5 Käännös psykiatrian ajattelutavoissa 1950- ja 1960-lukujen Suomessa

Erik E. Anttisen mukaan 1950-luvulla virinnyt kuntoutusajattelu poikkeaa sitä edeltävistä avohoidollisista ratkaisuista siten, että nyt ”tuli esille tämä näkemys, että täytyy saada enemmän todella hoidollista toimintaa ja suunnitelmallista kuntoutusta liitettynä avohoitoon, että voitaisiin pienentää, supistaa mielisairaloita ja hoitaa potilaita sairaaloiden ulkopuolella. Siinä oli varmasti myös psykodynaamisen psykoterapian ajatusta mukana.”<sup>103</sup> Tällainen muutos näyttäisi tapahtuneen myös sen perusteella, mitä eri julkaisuista 1950- ja 1960-luvuilta voi lukea.

Käsitysten muuttuminen mielisairaanhoidosta näkyy kiinnostavasti keskeisen suomalaisen psykiatrin julkaistuissa kirjoituksissa. Martti Kaila kirjoitti vielä vuonna 1950 Kotilieden lääkärikirjan *sielulliset häiriöt* -artikkelissaan, että ”varsinaisten mielisairaiden hoito tapahtuu parhaimmin mielisairaalassa”. Artikkelissa esitetyn tulkinnan mukaan mielisairaalat sijaitsivat

<sup>101</sup> Hyvönen 2008, 108; Anttinen 1983, 225.

<sup>102</sup> Alanen 1969, 308.

<sup>103</sup> Anttisen haastattelu.

maaseudulla, koska ne ”tarvitsevat” suuren alueen puistoa ja työhoitoa varten. Hän katsoi ”suuren muutoksen” mielisairaiden hoidossa tapahtuneen shokkihoitojen (insuliini, kardiatsoli ja sähkövirta) ansiosta, niillä kun saatiin hänen mielestään ”suorastaan erinomaisia tuloksia.” Shokkihoitojen lisäksi artikkelissa mainitaan työhoito mielisairaaloille ominaisena hoitotapana. Sitten vielä mainitaan kuinka monien sairaaloiden yhteydessä on ”ns. järjestetty perhehoito.”<sup>104</sup>

---

Muutos käsityksissä näyttäisi tapahtuneen nopeasti, kun tehokkaat psyykenlääkkeet tulivat markkinoille vuoden 1952 jälkeen. Martti Kaila kirjoitti pohjoismaisen kollegansa Jo Christofer Daniel Lohne-Knudsenin kanssa vuoden 1957 Acta Psychiatrica Scandinavica numeroon artikkelin, jossa he käsitelivät avohoitopalveluja ja kuntoutusta mielisairaanhoidossa.<sup>105</sup> Melkein kymmenen vuoden päästä vuonna 1966 Martti Kaila kirjoitti *Psykiatrian historia* -teoksessaan:

*...tulevaisuuden psykiatrin päätehtävänä on sairaan särkyneiden ihmissuhteiden selvittäminen ja niiden palauttaminen ennalleen ns. kuntouttamishoidolla.*<sup>106</sup>

---

Kaila piti erityisesti skitsofreniaa sairastaville tärkeänä kuntoutushoidon aloittamista jo sairaalassa sekä selvittämään ja parantamaan perhesuhteiden ristiriitoja esimerkiksi uutta perheterapian keinoa hyödyntämällä. Keskeisen ongelman sairaalahoidossa olevilla skitsofreniaa sairastavilla Kaila nimittäin katsoi olleen elämänuskon, itseluottamuksen ja oma-aloitteisuuden menettämisen lääkehoidon ja psykoterapian sairauden oireita poistavan hoidon jälkeenkin. Sairaalan pienissä hoitoryhmissä<sup>107</sup> oli pyrittävä muodostamaan ”luottamuksellisia ihmissuhteita ja virittää [sairastuneissa] tarve omatoimisuuteen.” Porrasteisessa työterapiassa nostettaisiin vaatimustasoa sen mukaan kuin potilas edistyy tehtävissään. Samalla ”koetetaan elvyttää potilaiden kiinnostusta entiseen elämämpiiriinsä ja aikaisempiin tehtäviinsä.” Potilailla, joilla ei ollut yhteyksiä aikaisempaan elämämpiiriinsä, tarvitsivat ”väliasemia” sairaalan ja uuden elämän välillä. Näitä olivat päivähoitokodit, joiden yhteyteen tuli saada suojatyöpaikkoja. Yöhoitoloita tarvittaisiin potilaille, joilla on työpaikka, mutta tarvitsevat tukea antavan ilmapiirin. Kaila näki laitostumisen vaaran olleen suuri, jos puuttui mahdollisuus palata entiseen elämämpiiriin.<sup>108</sup>

---

---

<sup>104</sup> Kaila 1950, 682–683.

<sup>105</sup> Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 31, Issue S106 – February 1957. Jounaalia en ole käsissäni pitänyt, mutta sen käsittelemä aihe näkyy osoitteissa <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1956.tb04735.x/abstract> ja <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1956.tb04736.x/abstract>.

<sup>106</sup> Kaila 1966, 183.

<sup>107</sup> Ryhmien koosta ei ole mainintaa.

<sup>108</sup> Kaila 1966, 183–186.

*Äskettäin on ruotsalainen psykiatri Wretmark osoittanut, että hoitoajan pituus sairaalassa on suoraan verrannollinen potilaan kotipaikkakunnan etäisyyteen.... Meidän suurissa mielisairaaloissamme potilaiden enemmistö on kaukana omalta kotipaikkakunnaltaan.... Niiden haittoja voitaisiin paljon vähentää perustamalla tiheä mielenterveystoimistojen verkosto.... On arvioitu, että kuntouttamishoidolla voitaisiin 10–20 prosenttia mielisairaaloiden kroonisista potilaista palauttaa sosiaaliseen elämään.*<sup>109</sup>

---

*Kuntouttamishoito on kuitenkin vasta sitten saavuttanut tarkoituksensa, kun se ei enää ole vain sairaaloiden lääkärin ja henkilökunnan päämääränä, vaan kun sen toteuttamiseen osallistuvat myös sosiaaliviranomaiset ja lopulta työnantajatkin.*<sup>110</sup>

---

Kaila katsoo Toivo Pihkasen haastattelussa vuonna 1966, että sillä hetkellä ja lähitulevaisuudessa vahvasti etualalla psykiatrian harjoittamisessa ovat psykoterapia, ryhmäterapia ja perhekeskeinen ”hoitopyrkimys”. Kaila esittää uutena visiona kaikista keskusmielisairaaloista, että niiden ”pitäisi muuttua pitkäaikaisten potilaiden kuntoutuslaitoksiksi...” Nimenomaan sairaalojen sijoittaminen asutusalueiden ulkopuolelle oli Kailan mielestä nykyajan ajattelutapojen suhteen onneton ratkaisu niin hoidolliselta kuin taloudelliseltakin kannalta.<sup>111</sup>

---

Kaila<sup>112</sup> antaakin yhden keskeisen selityksen mielisairaalahoidon ongelmalle, joka koskee kaikkia suuria pääomia vaativia infrastruktuureja. Kerran rakennettua on yhteiskunnan kannalta liian kallista alkaa purkamaan saati siirtämään, vaikka uudet hoidolliset käsitykset niin vaatisivatkin. Mielisairaanhoidon mahdollisuudet ovat tavallaan tulleet rajatuiksi<sup>113</sup> sinä hetkenä, kun on päädytty rakentamaan suuria maalaismielisairaaloita ja 1950-luvulta lähtien B-sairaaloita.

Jarkko Eskolan tullessa vuonna 1971 Lääkintöhallituksen mielisairaaloita tarkastavan ylilääkärin virkaan, hän piti Mielisairaanhoidonliiton tilaisuudessa puheen, jossa voimakkaasti toi esiin tarpeen alkaa keskittyä avohoidon kehittämiseen. Innoituksen puheeseen hän oli saanut

---

<sup>109</sup> Kaila 1966, 186–187.

<sup>110</sup> Kaila 1966, 187.

<sup>111</sup> Martti Kailan haastattelu, Mielenterveys 1966/6, 6–9.

<sup>112</sup> Kailan merkitys suomalaisen psykiatrian kannalta on suuri, koska hänen oppilaistaan Achté, Anttinen, Tienari, Alanen ja Tähkä ovat olleet psykiatrian professoreina ja täten edelleen vaikuttaneet tuleviin psykiatriapolviin. Jokainen edellä mainituista on jollain tasolla edesauttanut kuntoutusnäkökulman toteutumista.

<sup>113</sup> Tulevaisuudentutkijat kutsuvat tällaista ilmiötä polkuriippuvuudeksi ja se nimenomaan koskee suuria pääomia vaativia infrastruktuurihankkeita alkaen vesihuollosta ja liikenneväylistä sairaalajärjestelmiin. Kerran johonkin ratkaisuun päädyttyä siihen on yhteiskunnan resurssien niukkuuden pakosta sitouduttava ainakin siihen asti, kunnes rakennukset saavuttavat elinkaarensa pään tai uusi järjestelmä tulee taloudellisesti ja inhimillisesti katsoen yhä houkuttelevammaksi.

kansainvälisistä kehityksestä sekä keskusteluista nuoremman psykiatriapolven kanssa. Tämä oli aikana, jolloin B-mielisairaalaverkko oli rakennettu. Vastakaiku Eskolan puheelle oli tyrmäävä.<sup>114</sup> Vertailua voisi hakea esimerkiksi energiatuotannosta, jossa juuri kalliilla rakennettu laitos vaadittaisiin uudistettavaksi tai jopa uuden laitoksen rakentamista edellytettäisiin uusien ympäristövaatimusten vuoksi.

Vuoden 1952 Mielisairaslain ajanmukaisuutta alettiin käsitellä komiteatyöskentelyssä jo vuodesta 1960 alkaen. Komitean vuoden 1964 mietinnössä ehdotettiin mielenterveyslain säätämistä. Hyvönen toteaa, että ehdotus sivuutettiin hallinnollisista syistä. Ennen uutta varsinaista mielenterveyslakia saatiin mielisairaslain muutos vuonna 1978. Kuten Hyvönen huomauttaa, vuonna 1889 asetuksessa käyttöön otettu käsite ”mielisairas” säilyi lainsäädännössä 1990-luvulle saakka. Samoin oli aikanaan vienyt aikansa sanan ”huru” muuttumisessa sanaksi ”mielisairas”.<sup>115</sup>

M. J. Karvonen katsoi vuonna 1967, että yleismaailmallisesti psykiatriassa tapahtuneet muutokset olivat yksilö- ja ryhmäpsykoterapian käyttö, uudet lääkkeet ja positiivisempi asenne mielisairaita kohtaan. Hänen mielestään psykiatrisella avohoidolla saatiin yleensä aikaiseksi parempia tuloksia kuin laitoshoidolla ja tämän havainnon seurauksena avohoito onkin nopeasti hänen mukaansa laajentunut. Avohoitoon on kuulunut luonteenomaisena osana kuntouttaminen, joka edesauttaisi laitoshoidosta riippumatonta elämää. Pitkälle laitostuneita kroonikoitakin on alettu kuntouttamaan, mistä on Karvosen mukaan ”lupaavia kokemuksia”.<sup>116</sup> Tällöin ei siis kuntoutus ollut mitenkään itsestäänselvyys, vaikka tulevaisuuden optimismia herättävää olikin. Karvosen luonnehdinta ”lupaavia kokemuksia” myös kuvastaa sitä ilmeisesti suomalaiseseen mentaliteettiin kuuluvaa piirrettä, että asioille täytyy saada vaikuttavaa näyttöä ennen kuin niitä ryhdytään muuttamaan.

Aivan kuten WHO:n vuoden 1953 raportissa, niin myös vuoden 1967 Psykiatrinen kuntoutus - kirjassa määritellään, että ”kuntoutussairaanhoito pyrkii potilaan suunnitelmalliseen aktivoimiseen ja omatoimiseksi auttamiseen.”<sup>117</sup>

Niin Duodecimissa, Terveystieteiden lehdessä, Huoltajassa kuin Mielenterveys lehdessä aletaan 1950-luvun lopulla nostaa esiin avohoidollisia teemoja ja 1960-luvulla avohoito ja kuntoutus alkaa olla jo tavanomaista sisältöä. Olen tullut siihen johtopäätökseen, että vuoden 1967 Psykiatrinen

---

<sup>114</sup> Tiitta 2009, 393.

<sup>115</sup> Hyvönen 2008, 216.

<sup>116</sup> Karvonen 1967, 89.

<sup>117</sup> Ollikainen 1967, 101; WHO 1953, 18–19.

kuntoutus -kirja on tihentymä kaikelle kymmenessä vuodessa kehittyneelle ajattelutavalle. Huomioitavaa on kirjan kohdalla myös se, että siinä on nuorempi 1920-luvulla ja sen jälkeenkin syntynyt psykiatripolvi kirjoittajina keskeisesti edustettuna. Seuraavan kymmenen vuoden päästä olikin näihin avohoidollisiin ajattelutapoihin perustuva kokeilutoiminta saatu jo niin pitkälle, että pystyttiin laatimaan niiden pohjalta avohoitoa painottava kansallinen suunnitelma mielisairaanhoitojärjestelmän uudistamiseksi.

Terveystieteidenlehdessä oli 1800-luvun lopulla muutamia artikkeleita ja vuonna 1917 yksi artikkeli, joiden avulla haluttiin valistaa ihmisiä mielisairaan perheenjäsenen hyvästä hoidosta ja kohtelusta kotioissa. Kyseessä ei ollut varhainen psykiatrinen kotisairaanhoitoa tavoitteleva ajattelutapa, vaan käytännön pakkoon – siis mielisairaanhoitopaikkojen vähäisyyteen – perustuva ohjeistus, mutta myös virheellisiä käsityksiä oikomaan pyrkivä valistaminen. Ruumiillista kuritusta kritisoitiin voimakkaasti, mikä viittaa sellaisen käytännön olemassaoloon. Kehotus olla valehtelematta sairastuneelle, kun tätä oltiin viemässä laitokseen, oli yksi ohjeistus, joka toistui usein ja vielä myöhään 1900-luvulla. Luottamusta sairastuneen ja omaisten että sairaalan henkilökunnan välillä pidettiin tärkeä asiana potilaan mielenterveyden kannalta.<sup>118</sup>

Relander kirjoitti vuonna 1891 Duodecimiin sairasmaisten kuljetukseen liittyvästä vaikeasta ongelmasta. Sairastunut oli ensin vietävä lääkärintarkastukseen, jonka jälkeen hänet kuljetettiin takaisin kotiin odottamaan vastausta hoitolaitokseen lähetetystä hakemuskirjeestä ja vasta sitten oli edessä matka laitokseen. Lääkäri saattoi olla jopa 5–15 peninkulman päässä vähäisen lääkärimäärän johdosta, joten matkan taittaminen vei aikaa, muutaman päivänkin. Nyt ongelmaksi tuli kuinka sairastunut tuli pitää aloillaan ja kuka suostui ottamaan hänet yökylään ja ketkä suostuivat kuljettamaan. Rautoihin tai nuoriin heidät olikin lähes aina sidottu. Relander kertoo omista havainnoistaan: ”Raudoissa tahi nuorissa kuletetaan sairasta tietysti myös lääkärin luo ja kotiin takaisin; usein olen tavannut tällaisia raukkoja ranteet niin kovassa kuristuksessa, että koko käsi oli turvoksissa.” Relander ehdottaakin tilapäissuojan rakentamista jokaiseen kirkonkylään tällaisia ihmisiä varten.<sup>119</sup>

Piirimielisairaaloina tunnetut kuntien yhteistyönä perustetut laitokset yleistyivät 1920-luvulla valtionapusaännösten muuttuessa myötämielisemmiksi. Ehdotukset piirimielisairaaloista olivat

<sup>118</sup> THL 1–4/1892, kyseessä oli neljään numeroon jaettu Eugen Bleulerin kirjoituksen käännös aiheesta. Bleuler oli tunnettu sveitsiläinen psykiatri. THL 7/1897 (Mielenvikaisten hoito kodeissa); THL 6/1917 (Mielisairasten kohtelusta kodeissa); THL 1/1960, 14 (Mielisairaus ei ole häpeä).

<sup>119</sup> Relander 1891, 79–81.



kuitenkin olleet Suomessa esillä jo 1890-luvulta lähtien ja Duodecim-lehdessä keskustelu niistä näkyi vuosina 1901, 1905, 1924 ja 1928. Kaikissa näissä artikkeleissa suhtauduttiin positiivisesti kyseiseen tapaan saada lisää sairaalapaikkoja mielisairaita varten. Myös perhehoito näkyi Duodecimissa. 1910-luvulla mitään mielisairaanhoidon liittävää ei Duodecimissa ilmestynyt eikä matkaraporttejakaan julkaistu psykiatriaankin liittyen. Yksi erikoisuus Duodecimissa ja Terveystieteiden lehdessä ovat Yrjö Kuloveden<sup>120</sup> (1887–1943) psykoanalyttiseen ajattelutapaan perustuvat artikkelit. Psykodynaaminen ajattelutapa alkoi yleistyä suomalaisessa psykiatriassa vasta 1950-luvulla, mutta jostain syystä Kuloveden juttuja julkaistiin Duodecimissa vuodesta 1925 vuoteen 1939 asti yhteensä 17 kappaletta. Keneltäkään muulta psykiatrian alaan liittyen ei ilmestynyt näin montaa juttua. Tässä tapauksessa Duodecim ei kuvasta yleistä ajattelutapaa, mutta ainakin suopeaa suhtautumista epäkonventionaalista kollegaa kohtaan. Tämä on kiinnostavaa siksi, koska Kalle Achté ajattelee psykoanalyysin vakiintuneen vasta 1950-luvulla suomalaiseen psykiatriaankin johtavien psykiatrien vastustaessa sitä.<sup>121</sup> Kuloveden jälkeen psykoanalyysi pääsi lehden sivuille seuraavan kerran lähes kahdenkymmenen vuoden päästä vuonna 1958. Aiheena sattui tällöin olemaan sopivan kliseisesti peniskateuteen liittyvät kysymykset. Shokkihoitoja käsiteltiin lehdessä vuosina 1945, 1947 ja 1956. Vuonna 1950 käsiteltiin pakon haitallisia vaikutuksia mielisairaanhoidossa.

Huoltaja-lehdessä sosiaaliministeriön tarkastava lääkäri Gurli Särkilahti kirjoitti vuonna 1951 mielisairaiden hoidosta kunnalliskodeissa, että ”ei enää riitä, että näille kunnalliskotien parantumattomille mielisairaille annetaan vain tarpeellinen fyysillinen hoito – asunto, ruokaa, vaatteita y.m. He tarvitsevat myös mielenkiintoa ja erikoisten omituisuuksiensa ymmärtämistä.” Raitis ilma, ulkoilu ja liikunta olisivat tärkeitä asioita mielisairaitten hoidossa kunnalliskodeissa ja työterapia olisi erityisesti ”parantumattomissa tapauksissa” tärkeä ellei tärkein hoitokeino. Särkilahden mukaan kuitenkin ”valitettavasti on monia mielisairasosastoja, joilla useimmat potilaat istuvat aivan toimeettomina ja yhä enemmän tylsistyneinä päivästä päivään nurkassaan tai... suljettuina kalseaan koppiin ilman mitään tekemisen mahdollisuutta. Toisinaan he taas levottomina vaeltavat ympäriinsä osastoilla voimatta sopivasti purkaa toiminnanhaluaan.” Tähän yhtenä syynä hän näkee henkilökunnan riittämättömyyden, mutta antaa myös ymmärtää huonon hoidollisen

---

<sup>120</sup> Kahdella Wienin matkallaan vuosina 1924 ja 1925 Kulovesi oli käynyt oppianalyysissä ja otti siellä osaa psykoanalyttisen yhdistyksen kokouksiin. Vuonna 1936 hänelle myönnettiin koulutusanalytikon asema, mutta yhtään suomalaista seuraajaa hän ei ehtinyt kouluttaa. Hän itse suhtautui psykoanalyysiin tarjoamaan tietoon tieteellisesti, sitä piti arvioida empiiristen tutkimusten avulla että käytännön terapiatyön tulosten perusteella. Hänen mukaansa psykoanalyttisen hoidon piiriin kuuluivat neuroosit, ei niinkään mielisairaudet. Ihanus 2005, 117–118.

<sup>121</sup> Achté et al. 1994, 29–31.

tottumuksen johtaneen potilaankin kannalta ankeaan tilanteeseen.<sup>122</sup> Särkilahden näkemyksessä on huomattavaa se, mitä siellä ei ole. Aivan kuten Kailan Kotilieden lääkärikirjan jutussa vuodelta 1950, niin myös Särkilahden artikkelissa ei näy mitään avohoidosta ja kuntoutuksesta, vaikka humaania ymmärtäväisyyttä painottaakin.

Yksi peruste B-mielisairaaloiden rakentamiseksi näytti nousseen nimenomaan kunnalliskodeissa havaitusta hoitomahdollisuuksien rajallisuudesta. Esimerkiksi Gurli Särkilahden mielestä kunnalliskotien mielisairasosastoja suuremmissa muutamien kuntien yhteisissä ”mielisairaskodeissa” olisi enemmän resursseja panostaa henkilökuntaan ja työterapiaan. Gurli Särkilahti toteaa – ja tulee olleeksi samaa mieltä Kailan vuoden 1950 jutun kanssa – että sähköshokki- ja insuliinihoitojen ohella työterapiaa pidetään tärkeinä hoitomuotoina mielisairaanhoidossa. Työterapiaan hän laskee kuuluvaksi maanviljelystyötä, puutarhatyötä, käsitöitä tai muita sisätöitä.<sup>123</sup>

Aaro Ahtee esittelee vuoden 1952 mielisairaslain pääkohdat saman vuoden joulukuun Huoltajassa. Mielisairauksien vastustamistyö kuului nyt mielisairaanhoitoon. Tätä ehkäisevää<sup>124</sup> mielisairaanhoitoa varten tulisi jokaiseen mielisairaanhuoltopiiriin perustaa huoltotoimisto, joka siis vastaisi tuberkuloosin vastustamistyön mallia.<sup>125</sup> Uuteen lakiin liittyi myös se, että B-mielisairaalat eivät saaneet valtionavustusta perhehoidon perustamiseen taikka sen aiheuttamiin kustannuksiin.<sup>126</sup> Tämä oli erikoinen päätös siihen huomioon suhteutettuna, että perhehoitoa pidettiin nimenomaan pitkäaikaissairaiden ja helppohoitoisten mielisairaalapotilaiden hyvänä ja huokeana hoitomuotona. En osaa sanoa, miksi tällainen perhehoidon lisäämistä vaikeuttava säädös päättyi lakiin.

Suomen Neuropsykiatrinen Yhdistys antoi julkilausuman mielisairaanhoidon tilasta 12.12.1952 lääkintöhallituksen kutsumassa neuvottelukokouksessa, johon ottivat osaa muun muassa kaikkien mielisairaaloiden johtajat. Huoltaja julkaisi otteen tästä julkilausumasta vuoden 1953 helmikuun numerossa nimellä ”Mielisairaanhoidon nykyisestä kriisistä”. Keskeinen ongelma Yhdistyksen mukaan mielisairaanhoidossa on monien akuutisti sairastuneiden joutuminen jonoon mielisairaspaikkojen vajauksen vuoksi. Joissain tapauksessa mielisairaita on jopa jouduttu

<sup>122</sup> Särkilahti 1951, 303; <http://www.huoltaja-saatio.fi/sosiaalitieto/artikkelipankki/vanhoja-artikkeleita/huoltaja/1951/#token-180358> -sivulla mainitaan Gurli Särkilahden ammattiasemana olleen sosiaaliministeriön tarkastava lääkäri.

<sup>123</sup> Särkilahti 1951, 303–304.

<sup>124</sup> Ahtee käyttää sanoja ”mielisairauksien vastustamistyö” ja ”ehkäisevä mielisairaanhoito”.

<sup>125</sup> Ahtee 1952, 583–584.

<sup>126</sup> Ahtee 1952, 585.

sijoittamaan poliisisuojaan<sup>127</sup> tilapäisesti. Julkilausumassa esitetään kolme syytä tähän kriisiin: ”1) Kroonisten mielisairaiden hoidon lisääntynyt tarve, 2) yhteiskunnan rakenteessa tapahtuneet muutokset ja 3) mielisairaalapaikkojen jakaantumisen epätasaisuus”, jolla viitataan eri mielisairaanhoitopiirien epätasaiseen kykyyn vastata mielisairanhoidon tarpeeseen. Kansallisesti väestön elinodotteen piteneminen, mutta erityisesti mielisairaiden eliniän piteneminen<sup>128</sup> on yksi keskeinen tekijä tarpeeseen saada lisää mielisairaalapaikkoja. Kaupungistumisen seurauksena syntynyt asumisen suhteellinen ahtausta on vähentänyt aiemmin tavanomaisen kotihoidon mahdollisuuksia. Sitten ennakkoluulojen väistyminen mielisairaaloita kohtaan on lisännyt lievemmistäkin ”mielisairastapauksista” kärsivien hakeutumista sairaalahoitoon. Julkilausumassa esitetään ratkaisuehdotus Suomen mielisairanhoidon tyydyttävästi ratkaisemiseksi:<sup>129</sup>

*tarvitaan siis samanaikaisesti sekä uusia sairaansijoja keskusmielisairaaloitten yhteydessä että uusia B-sairaaloita. Edellisten tarve on 500–1000 sairaalapaikan välillä, jälkimmäisten todennäköisesti muutama tuhat.*<sup>130</sup>

Ainakaan Huoltajaan ei ole päätynyt julkilausumaan liittyen mitään ehdotusta avohoitoon liittyen vaikka kyseessä olevassa otoksessa mainittiinkin perhehoito yhtenä rauhallisten ja kroonisten mielisairaiden hoitomuotona. Ajatus avohoidosta liittyi kyllä vuoden 1952 mielisairaslaissa määriteltyjen huoltotoimistojen ideaan ehkäisevän työn ja jälkihoidon muodossa, mutta ei konkreettisina hoitoon tai kuntoutukseen liittyvinä ehdotuksina siitä, kuinka mielisairaatt saadaan sairaalasta takaisin yhteiskuntaan. Dokumentti, jota voisi jo pitää selvänä todisteena avohoidollisten ajattelutapojen jäsentymisestä ja yleisyydestä psykiatriakunnan parissa, on vuonna 1967 ilmestynyt Psykiatrinen kuntoutus -kirja. Jotain siis tapahtui 15 vuodessa suomalaisessa psykiatriassa. Mutta mitä? Ainakin kaksi asiaa: klooripromatsiinin käyttöönotto ja uuden psykiatriapolven astuminen vastuutehtäviin, kuten ylilääkäri- ja professorintehtäviin. Esimerkiksi 1920-luvulla syntyneet tulevat psykiatrian alan professorit ja ylilääkärit Yrjö O. Alanen, Erik E. Anttinen, Kalle Achté, Pekka Tienari ja Veikko Tähkä edustivat kaikki uusia ajattelutapoja.<sup>131</sup> Duodecimissa Achtén

<sup>127</sup> Myös 1910-luvulla paikkapulan vuoksi mielisairaita oli sijoitettu putkaan ainakin Kemissä. Hedman 1976, 720.

<sup>128</sup> Julkilausumassa mainitaan, että ”vielä parikymmentä vuotta sitten laskettiin jakomielisyystautiin sairastuneen jäljelläolevan iän olevan vain puolet terveen ihmisen jäljelläolevasta iästä.” Perusteluksi esitetään sairaiden suuri alttius infektioille, varsinkin tuberkuloosille ja keuhkokuumeille, mutta esitetään myös suoraan huonomman hoidon olleen syynä alhaisempaan keski-ikään. Huoltaja 1953, 61.

<sup>129</sup> Huoltaja 1953, 60–62.

<sup>130</sup> Huoltaja 1953, 63.

<sup>131</sup> Erik E. Anttinen oli Pitkänien sairaalan ylilääkäri 1963–1973 ja Tampereen yliopiston sosiaalipsykiatrian professori 1973–1999; Kalle Achté oli Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikan ylilääkäri 1968–1992 ja Helsingin yliopiston psykiatrian professori 1968–1992; Yrjö O. Alanen oli Turun yliopiston psykiatrian

ensimmäinen kirjoitus on vuodelta 1957, Alasen vuodelta 1954, Tähkän vuodelta 1958 ja Tienarin vuodelta 1965.

Mielisairaaloista ”vapautuneiden” potilaiden jälkihuolto oli Reino Huttusen vuoden 1953 kirjoituksen mukaan paranemassa. Tällä hän tarkoitti vuoden 1952 lain velvoittamien huoltotoimistojen perustamista jokaiseen mielisairaanhoidopiiriin. Hän esittää ehkäisevän mielenterveystyön taustanäkemyksekseen, että ihmisten mielenterveyden asteeseen vaikuttavat perintötekijät, ympäristötekijät ja varhaislapsuuden ympäristötekijät, joissa erityisesti suhde vanhempiin. Siksi hänen mukaansa tärkeimpiä ehkäisevän työn kohteita ovatkin lasten vanhemmat – joiden kohdalla avioliittoneuvonta olisi tärkeä työkalu – koulujen opettajat ja muut lasten mielenterveyteen vaikuttavat henkilöt, kuten sosiaalilautakunnan jäsenet ja sairaan- ja terveydenhoitohenkilökunta.<sup>132</sup>

—

Vuonna 1943 julkistetussa uuden mielisairaslain valmistelussa lukee, että

*Mielisairaanhoidoa varten tulisi keskusmielisairaalassa olla yksi mies tai suuremmissa kenties useampikin valvontalääkäri, joiden tehtäviin kuuluisi valvoa ja ohjata keskusmielisairaalan alaista laitos- ja avomielisairaanhoidoa sekä ehkäisevää toimintaa... Työskentelisivät sairaalaan sijoitetussa piiritoimistossa... Toimistossa olisi myös säännöllinen vastaanotto ehkäisevää poliklinillistä hoitoa tarvitseville entisille potilaille ja heidän omaisilleen potilaita koskevissa asioissa.*<sup>133</sup>

—

Näiden tehtävien lisäksi lainvalmistelussa ehdotetaan piiritoimistoille ”ehkäisevä toiminta mielitautien vastustamiseksi”, johon kuuluisi sterilisointilain toimeenpanon tehostaminen, avioliittoneuvonta ja hermostollisia sairauksia ja henkistä terveydenhoitoa koskeva valistustyö. Esimerkki piiritoimistoille on peräisin tuberkuloosipiireistä ja toimistoista. Huoltotoimistojen tehtäviä määrittelee ehkäisevä työ, potilaiden hoito ja tarkastustehtävät. Leena Sibelius, joka aloitti työnsä lääkintöhallituksessa vuonna 1952, muistelee kuinka huoltotoimistojen tehtävät eivät olisi olleet ”täysin selvillä monellekaan, ei edes lakia laatineille.” Hänen mukaansa tärkeimpänä ehkäisevä toimintana oli silloin käytännössä sterilisointi. Lääkintöhallituksen vuoden 1954 määräyksestä aloittivat mielisairaanhoidopiirit toimintansa vuonna 1955. Huoltotoimistojen

---

professori 1968–1990; Pekka Tienari oli Oulun yliopiston psykiatrian professori 1972–1992; Veikko Tähkä oli Kuopion yliopiston psykiatrian professori 1976–1987.

<sup>132</sup> Huttunen 1953, 246–249.

<sup>133</sup> Sibelius 1966, 11.

perustaminen oli osa tätä määräystä. Vuonna 1966 Leena Sibeliuksen mukaan suuntaus huoltotoimistojen perustamisessa on pois sairaaloista kaupunkeihin. Toisena suuntauksena on isompien toimistojen perustaminen.<sup>134</sup>

---

Koska hoitoajat mielisairaloissa olivat 1960-luvulla lyhentyneet uusien hoitotapojen seurauksena, niin potilaista huolehtiminen sairaalan ulkopuolellakin oli tullut keskeisemmäksi tehtäväksi. Leena Sibeliuksen mukaan tarvittiinkin sairaalan ja ”avohoitopisteen”<sup>135</sup> lisäksi päivä- ja yösairaloita, erilaisia asuntolatyyppejä. Kuntoutuslaitokset puuttuivat hänen mukaansa melkein kokonaan Suomesta. Myös huoltolääkärinä toiminut Anna-Liisa Jokinen yhtyy tähän Sibeliuksen näkemykseen kuntoutuksen ja avohoidon kehityksen hitaudesta Suomessa. Hänen mukaansa huoltotoimistojen ensimmäiset kymmenenvuotta olisi kulunut sen opetteluun, miten sairaalasta kotiutettuja potilaita oikein hoidetaan, kun tätä ennen kaikki hoito oli keskittynyt sairaalaympäristöön. Kirjoittaja näki, että kirjoittamisajankohtanaan olisi alettu huomioida enemmän sairaalasta kuntoutumisen seuraavaa kuntoutumisen vaihetta, sosiaalista ja ammatillista. Sosiaalisella kuntouttamisella kirjoittaja tarkoittaa elämänpiirin laajentamista perhettä tai yksinään olemista laajemmaksi. Tähän on ollut välineenä erilaiset ryhmäterapiat, kuten keskustelu-, askartelu- ja voimisteluryhmät. Henkilökunnan ollessa keskittynyt sairaaloihin, myös niissä ”varsinainen ammatillinen kuntouttaminen” on Jokisen mielestä kehittyvä ensin.<sup>136</sup>

---

Kuntoutus oli yleisesti ollut sodan jälkeen tärkeä kysymys, kun piti saada sotainvalidit työelämään. Mielisairaanhoidossa se alkoi saada sijaa vasta 1960-luvulla. Mielenterveys-lehdessä käsiteltiin 1960-luvulta lähtien säännöllisesti avohoitoa 1960-luvulta lähtien ja myös ehkäisevä psykiatria alkoi näkyä silloin. Käytännön hoitomuodoista suojatyötä, työkokeiluja, toiminta-, teollisuus-, musiikki-, ja taideterapioita käsiteltiin tällöin lehdessä.<sup>137</sup>

---

---

<sup>134</sup> Sibelius 1966, 11–12.

<sup>135</sup> Tarkoittaa poliklinikkaa ja huoltotoimistoa.

<sup>136</sup> Sibelius 1966, 15–18; Jokinen 1966, 19–24.

<sup>137</sup> Kauttu 1998, 35–37.

### 3 Perhehoito suomalaisessa mielisairaanhoidossa

#### 3.1 Perhehoito avohoidon varhaisena muotona

Perhehoito oli Suomessa ensimmäinen psykiatrisen avohoidon muoto aikana, jolloin mielisairaalahoito alkoi vakiintua 1900-luvun alussa ja sen vakiinnuttua. Suomessa perhehoito oli osa mielisairaalahoitoa siinä mielessä, että se tapahtui sairaalan lähiympäristössä ja valvonnassa. Vuonna 1967 ilmestyneessä Psykiatrinen kuntoutus -kirjassa perhehoitoa käsiteltiin yhtenä avohoidon muotona.<sup>138</sup> Ulkomailla oli ollut käytäntöjä, joissa sitä harjoitettiin ilman sairaalan läheisyyttä maanviljelyssiirtolaperiaatteella, jossa paikkakunnan yhteisön perheisiin oli sijoitettu sairaita ilman mielisairaalan läheisyyttä, mutta kuitenkin jonkintasoisen valvonnan alaisena. Tämä mielisairaalaan painottuneesta poikkeava kevyempi perhehoitojärjestelmä olisi ehkä voinut olla mahdollista toteuttaa myös Suomessa. Samaan aikaan kun laitoshoidon alettiin Suomessa purkaa ja moderneja psykiatrisia avohoitopalveluja kehittää 1960- ja 1970-luvuilla, niin aikuisten perhehoitokin alkoi jäädä pois käytöstä.

Kun hätkähdyttävät tilastot mielisairaiden määristä saatiin valmiiksi 1900-luvun ensimmäisenä vuosikymmenenä, jouduttiin akuutisti selvittämään, miten vastata ajanmukaisesti valtavaan kysyntään mielisairaanhoitopaikoille rajoitetuin resurssein. Vapaina hoitomuotoina tunnetut järjestelmät, kuten siirtola-asutus ja perhehoito saivat tällöin osakseen kasvavaa huomiota Suomessa. Kyseessä oli historiallisesti merkittävä taitekohta, jolloin mahdollisuudet avohoitajärjestelmän kehittämiseen olivat hetken avoinna. Kannatus ei kuitenkaan kantanut riittävästi ja Suomessa alettiin 1920-luvulla siirtyä laitoshoitajärjestelmään, joka vakiintui noin puoleksi vuosisadaksi.<sup>139</sup>

Perheellä on ollut vastuu mieleltään sairastuneen jäsenen hoidosta läpi historian. Jos sairastuneen perhe ei ole kyennyt tätä vastuuta kantamaan, niin se on hyvässä tapauksessa siirtynyt seurakunnille, pitäjille tai valtiolle. Suomessa köyhät mielisairaajat päätyivät 1600-luvulta lähtien alueidensa perheisiin elätille osana köyhäinhoitojärjestelmää. Tämä tapahtui joko ruotujärjestelmänä, jossa sairastunutta kierrätettiin perheestä toiseen, tai huutokaupattuina vähiten pyytävillä. Elätille joutuneet eivät olleet lääkärinvalvonnan alaisina, joten varsinaisesta hoidosta heidän tapauksessaan ei voida puhua. Kyse olikin köyhäinhuollosta. Suurinta osaa rauhallisista

---

<sup>138</sup> Paavilainen 1967, 204.

<sup>139</sup> Hyvönen 2008, 211.

mielisairaista voitaneen pitää niin sanottuina kylähulluina ja heistä pidettiin enemmän tai vähemmän hyvää huolta paikkakunnillaan.<sup>140</sup>

Köyhäinhoitojärjestelmänä mielisairaiden perheisiin sijoittaminen on siten vanhaa perua, mutta varsinaista perhehoitoa on ensimmäistä kertaa Suomen valtion toimesta alettu kokeilla mielisairaiden hoitotapana<sup>141</sup> vasta vuonna 1887. Tällöin Seilin turvalaitoksesta sijoitettiin kymmenen miespotilasta Nauvon pitäjässä laitoksen lähellä oleviin talonpoikaisperheisiin lääkärin valvonnan alaisuuteen. Perhehoitokokeilun onnistuttua sitä jatkettiin senaatin valtionavun myötävaikutuksella. Hanke sai osakseen myös kritiikkiä, kun Lapinlahden mielisairaalan ylilääkäri ja aikansa psykiatrian yksi keskushahmo Anders Thiodolf Sælan (1834–1921) ei katsonut perhehoidon sellaisessa muodossa kuin se oli järjestetty takaavan riittävää lääkärinalaista valvontaa.<sup>142</sup>

1900-luvun alkuun asti mielisairaita huutokaupattiin elätteelle mielisairaaloiden paikkapulan vuoksi. Tällaisen huollon yhteydessä väärinkäytöksiä tapahtui jonkin verran ja köyhäinhoidontarkastaja löysikin elätteelle annettuja talojen seiniin kahlehdittuina.<sup>143</sup> Tilanne ei kuitenkaan välttämättä ollut niin irvokas kuin helposti tekisi mieli olettaa. Ernst Therman nimittäin teki vuonna 1906 tarkastusmatkan Oulujärven ympäristöön ja hän kirjoittaa raportissaan, että

*huudolla-pidon onnistuminen riippuu suurimmaksi osaksi tietysti hoidokkaista itsestään, mutta tärkeänä faktorina on myöskin kunnan viranomaisten harrastus asiaan ja rahvaan yleinen katsantokanta... Oli myöskin hauska kuulla että sairaitten hoitajat ja myöskin muut... käsittivät, ettei sairaita saanut narrata eikä suotta ruveta vastustelemaan. Sanoivat myös tulleen siihen*

---

<sup>140</sup> Hyvönen 2008, 86–87; Paavilainen 1967, 204; Porter 1999, 493; Sarvilinna 1938, 514; Achté 1994, 28. Edward Shorter avaa teoksensa lainaamalla 1700-luvun lopulta 1800-luvun puoliväliin lohduttoman kuvan antavia tarkastusraportteja levottomien mielisairaiden kotihoidosta: seinään kahlehdittuna vuosia, maakuoppaan telkeämistä, häkkeitä, pilkkaamista. Eikä kylähullujakaan välttämättä suopeudella ja lempeydellä kohdeltu. Shorter katsookin, että vasta psykiatrian erikoistuttua omaksi lääketieteen alakseen ja mielisairaaloiden kehittyessä psykiatrian kehittymisen myötä mielisairaiden hoito ja mielisairaiden olosuhteet alkoivat parantua. Shorter 2005, 1–4. 1800-luvulla raivoavat mielisairaajat oli ilmeisesti jossain määrin tapana kahlehtia seinään. Muutakaan paikkaa ei ollut. Omaiset eivät töiltään liienneet valvomaan levottomaksi käynyttä mielisairasta omaistaan eikä yleensä ketään muutakaan saatu siihen hommaan. Tohmajärven piirilääkäri oli 1860-luvulla suositellut pakkopaidan käyttöä, jotta kahleisiin ei olisi tarvinnut turvautua. Vuorinen 2006, 172.

<sup>141</sup> Voitaisiin puhua myös huoltotavasta, jos tarkoituksena on loppuelämäksi sijoittaminen johonkin säälliseen paikkaan, jossa potilas saa riittävän hoivan.

<sup>142</sup> Sarvilinna 1938, 514–517.

<sup>143</sup> Hyvönen 2008, 101.

*käsitykseen, että sairaat ovat aina äkäisemmät ja epäluotettavimmat jos heitä ruvetaan kiinnipitämään tai aituuttelemaan.*<sup>144</sup>

---

Thermanin kokemusten ja haastatteluiden mukaan ”huudolla” olleiden hoitopaikat eivät olleet Oulunjärven ympäristössä, jossa kyseinen huudollapito on ollut noin 10 vuotta käytössä, ”suuremmassa määrässä sopimattomia”. Thermanin mukaan verrattuna ruodulla pitoon se on suuri edistysaskel, koska nyt mielisairaat eivät joutuneet siirtymään talosta taloon. Siirtely oli Thermanin mukaan ilmiselvästi huonoa mielisairaille, jotka tarvitsivat lepoa ja alituisten muutosten välttämistä.<sup>145</sup>

---

Lääkintöhallitus viittasi 19.10.1887 siviilitoimikunnalle osoitetussa kirjeessään Belgian Geelissä saatuihin rohkaiseviin tuloksiin perhehoidon mahdollisuuksista.<sup>146</sup> Geel on eurooppalaisessa yhteydessä ainutlaatuinen tapaus sikäli, että sinne oli muodostunut jo hyvin varhain vuosisatoja vanha yhteisöllinen perinne mielisairaiden ja kehitysvammaisten huolehtimiseksi perheissä. Asukkaiden asenne mieleltään sairastuneita kohtaan oli ehättänyt kasvaa hyvin suopeaksi. Akira Hashimoto on tutkinut Geelin perhehoitoyhteisöön vuosien 1892–1935 välisenä aikana tehtyjä kansainvälisiä vierailuja. Kaksi piikkiä vierailuissa osuvat vuosiin 1901–1905 ja 1931–1935. Kiinnostavaa on, että Saksalaisten kiinnostus loppui hetkeksi ja taantui vähäiseksi ensimmäisen maailmansodan jälkeen ja yhdysvaltalaisien kiinnostus puolestaan kasvoi 1930-luvulla. Käyttämieni lähteiden ja tutkimuskirjallisuuden perusteella voi sanoa, että suomalaisessa kontekstissa kiinnostus perhehoitoa kohtaan näyttäisi myös huyenneen ensimmäisen maailmansodan jälkeen. Kenties tähän ainakin osaltaan vaikutti saksalaisen psykiatrian vaikutus suomalaiseen psykiatriaan. Se mihin laitoksiin ja keiden luokse suomalaisten psykiatrien vierailut kohdistuivat, tarjoaisi pätevän pohjan tämän asian selvittämiseksi. 1800-luvun lopulla Geelin perhehoitoihin käytiin tutustumassa myös muun muassa Japanista, joten kyseessä oli kansainvälisesti kiinnostavaksi nähty malli mielisairaanhoidon järjestämiseksi. Suomesta Hashimoton tutkimana aikana vierailuja tehtiin seitsemän kappaletta, joka vastasi määrältään muista Pohjoismaista tehtyjä vierailuja.<sup>147</sup>

---

---

<sup>144</sup> Therman 1906, 120–122.

<sup>145</sup> Therman 1906, 120–122.

<sup>146</sup> Sarvilinna 1938, 515; Päivänsalo 1940, 30; Goldstein & Godemont 2003, 442–447.

<sup>147</sup> Tietoni perustuvat netistä löytämiini Hashimoton powerpointesityksiin (katso lähdeluettelo), koska en saanut käsiini vuodelta 2010 olevaa kokoomateosta *Transnational Psychiatries*, jossa hänen aihettaan käsittelevä tieteellinen artikkeli on ilmestynyt.



1800-luvun lopulla perhehoito oli yleistynyt Keski-Euroopassa,<sup>148</sup> josta se luultavasti Suomeenkin omaksuttiin. Suomessa perusteena tälle kokeilulle oli mielisairaanhoidon historiassa yksi keskeinen muutospainetta aiheuttanut ja aiheuttava tekijä: sairaalapaikkojen puute. Seilin perhehoitokokeilu perustui nimenomaan tarpeeseen tuoda helpotusta tilanahtaudesta kärsivälle laitokselle.

Nauvon pitäjässä valtion taholta toteutetun perhehoidon lisäksi oli Helsingin kaupunki perustanut Sipooseen perhehoitosiirtolan vuoden 1901 alussa ja Bromvariin kunnanlääkärin oma-aloitteellisuuden ansiosta oli vuonna 1903 alettu sijoittaa aiemmin mielisairaalassa hoidettuja varakkaita ja rauhallisia mielisairaita sen pitäjän maanviljelijäperheisiin.<sup>149</sup> Tampereen kaupungin köyhäinhoitolautakunta perusti 1900-luvun vaihteessa kaksi perhehoitosiirtolaa<sup>150</sup>, Hämeenkyröön ja Pälkäneelle. Vielä vuonna 1940 kummassakin oli yhteensä 50 potilasta.<sup>151</sup>

### 3.2 Perhehoidon mallit ja hyvän hoidon kriteerit

Ernst Therman esitteli vuonna 1904 Duodecimissa perhehoidon malleja. Eri maiden kokemusten pohjalta tunnettiin kolme perhehoidon tyyppiä, joita olivat 1) sairaiden sijoittaminen laajalle alueelle erityisen komission huolenpidon alle ilman keskuslaitosta, 2) sairaitten sijoittaminen pienen keskuslaitoksen läheisyyteen perhehoidon ollessa pääasiallisena hoitomuotona ja 3) sairaiden sijoittaminen suuresta laitoksesta perhehoidon ollessa yhtenä hoitomuotona tai kotouttamisen väliasteena. Kolmas malli oli laajasti käytössä Saksassa, ja siitä tuli yleinen sovellus myös Suomessa. Sitä myös Therman itse piti parhaiten tänne soveltuvana.<sup>152</sup> Skotlannissa ja Suomen Sipoossa<sup>153</sup> sovellettiin ensimmäistä mallia eli se oli perhehoitosiirtolan malli. Lääkäri Edvard Lybeckillä oli vuosisadan vaihteessa aikeena soveltaa toista mallia Suomen oloihin. Kolmas malli sitten lopulta vakiintui suomalaiseen mielisairaanhoidon kenttään.

Perheet, joihin mielisairaita sijoitettiin, olivat pääasiassa maanviljelysperheitä, mutta myös mielisairaaloiden hoitohenkilökuntaa ja työläisiä. Maanviljelysperheiden etuna luultavasti olivat työmahdollisuudet, joihin perhehoitoon sijoitettu oman jaksamisensa mukaan osallistui. Perheet

---

<sup>148</sup> Shorter 2005, 270.

<sup>149</sup> Sarvilinna 1938, 520.

<sup>150</sup> Näistä siirtoloista minulla ei ole Päivänsalon mainintaa enempää tietoa. Olivatko ne elänteelle anto -järjestelmän mukaisia vai täyttävätkö ne perhehoidolle asetetut kriteerit?

<sup>151</sup> Päivänsalo 1940, 30.

<sup>152</sup> Therman 1904, 40–41.

<sup>153</sup> Päivänsalo 1940, 30. Nikkilän keskuslaitoksen valmistumisen jälkeen vuonna 1914 Sipoossa toteutettu perhehoitomalli muuttui Thermanin suosimaan muotoon.

saivat rahallisen korvauksen sijoitetusta potilaasta. Tässä mielessä se vastasi elätteelle antoa, mutta poikkesi siinä, että se oli mielisairaalan henkilökunnan taholta valvottua hoitoa. Huutolaiskodit kuten mielisairaiden kotiolotkin olivat usein erittäin huonot, joten tällainen perhehoito nähtiin tarkoituksenmukaiseksi ja humaniksi. Suomessa Nikkilän mielisairaala, joka rakennettiin Sipoon perhehoitosiirtolan alueelle, toteutettiin pisimpään perhehoitoa ja siellä tulikin olemaan useamman sukupolven ajalta perheitä, joihin mielisairaita sijoitettiin. Sipoossa ehti muodostua Geeliin verrattava oma kulttuurinsa, jonka ansiosta mielisairaisiin opittiin suhtautumaan suopeasti.<sup>154</sup>

---

Nikkilän perhehoitopotilaiden asemaa verrattiin orjuuteen Suomen Sosiaalidemokratissa vuonna 1969 ja jossain sensaatiolehdessä vuonna 1981 puolestaan perhehoitoa pidettiin ihmiskauppana, mutta ne osoittautuivat liioitelluiksi jutuiksi. Vaikka perhehoitoon liittyikin ongelmia joidenkin perheiden osalta, niin onnistumisia yhtäläillä oli rutkasti. Ja joka tapauksessa perhehoidossa olevien oloja tarkkailtiin sairaalan taholta. Sensaatiojutut kuvastat kuitenkin yhtä keskeistä perhehoidon kriteeriä eli potilaiden työkykyisyyttä.<sup>155</sup>

---

Siviilitoimituskunnan esittelijäsihteeri, valtioneuvos T. J. Aminoff<sup>156</sup> teki ehdotuksen mielisairaiden perhehoidosta vuonna 1896. Se perustui Saksan malliin. Aminoffin suunnitelmassa oli aloittaa perhehoito kaikissa keskuslaitoksissa, turvalaitoksissa ja vastaanottolaitoksissa. Aminoffin laskelmien mukaan noin 10 % potilaista soveltuisi perhehoitoon.<sup>157</sup> Näin optimistiseen tulokseen ei kuitenkaan päästy ja ensi kokeilujen jälkeen perhehoito lakkasi tyystin joissain laitoksissa.

Vielä 1900-luvun alussa perhehoito sai myönteistä huomiota valtion taholta, koska sen uskottiin olevan hoitokustannuksiltaan laitoshoidon edullisempaa ja sen nähtiin helpottavan paikkapulaa.<sup>158</sup> Thermanin tulkinnan mukaan perhehoidon syntyä selittikin merkittävältä osalta laitosten ”liikakansoittuminen paranemattomilla sairaila.” Edellytyksenä perhehoidon onnistumiselle pidettiin sairaiden tarkkaa valintaa, kuten Therman luettelee:<sup>159</sup>

---

<sup>154</sup> Päivänsalo 1940; Tuovinen 2009, 215, 223; Anttinen 1983, 221.

<sup>155</sup> Tuovinen 2009, 215, 221.

<sup>156</sup> Aminoffin alaisuudessa toimi ”vaivaishoidon tarkastelija” ja suomalaisen köyhäinhoidon kehittäjänä tunnettu G. A. Helsingius.

<sup>157</sup> Sarvilinna 1938, 526–529. Nikkilässä tämä 10 % tosin ylitettiin, joten ei ole aivan mahdotonta, että vastaava järjestelmä olisi voitu innokkaiden ylilääkärien voimalla viedä läpi koko Suomessa.

<sup>158</sup> Sarvilinna 1938, 525.

<sup>159</sup> Therman 1904, 41.

*Levottomia ja siivottomia ei ylimalkaan voi sijoittaa, erittäinkin ovat alkoholistit, epileptikot, paralytytikot ja eroottiset naiset sopimattomia. Sitä vastoin ovat paranemistilassa olevat mielisairaas, rauhoittuneet dementia praecox-tapaukset<sup>160</sup> ja idiootit kaikista soveliaimmat.<sup>161</sup>*

Senaatin vuonna 1905 asettama ja Albert Björkmanin (1865–1929) puheenjohtajuudella toiminut mielisairaanhoidokomitean suositti vuonna 1908 valmistuneessa mietinnössään edullisten vapaamuotoisten hoitomenetelmien käyttämistä. Syynä tähän suositukseen oli samassa mietinnössä esitetty arvio Suomessa olevien mielisairaiden määrästä. Heitä nimittäin arvioitiin olevan 11710, joista yli 80 % puuttuisi laitoshoitopaikka. Näin ollen osa mielisairaista joutui elämään hyvinkin epäinhimillisissä oloissa. Vapaamuotoisiin hoitomenetelmiin mietinnössä laskettiin perhehoito ja siirtola-asutusjärjestelmä. Jo vuonna 1874 mielisairaanhoidoa pohtinut komitea oli mietinnössään Geelin kokemuksiin tukeutuen esittänyt perustettavaksi torppia, joissa mielisairaas olisivat voineet asua ja olla apuna tilan töissä. Ehdotus tosin oli jäänyt huomiotta.<sup>162</sup>

Köyhäinhoitoviranomaisten toimesta Helsingin kaupunki alkoi vuonna 1901 siirtää vaivaistaloista Sipoon pitäjän perheisiin rauhallisia heikkomielisiä ja mielisairaita. Alussa sijoitetut potilaas eivät kuitenkaan olleet lääkärinvalvonnan alaisina. Siten ei voida puhuakaan varsinaisesta perhehoidosta, vaan paremminkin elätteelle annosta, joka ei vastannut määriteltyjä kriteerejä perhehoidosta. Elätteelle antoa saman vuosikymmenen aikana vahvasti kritisoiinkin.<sup>163</sup> Kun Nikkilän mielisairaala perustettiin vuonna 1914 kyseisen perhehoitosiirtolan keskelle, niin samassa perhehoito siirtyi tämän laitoksen vastuulle. Nikkilässä perhehoito ei kokenut tavanomaista kohtaloa ja kuihtunut, vaan se laajeni. Vuonna 1920 perhehoidossa sieltä oli 68 potilasta kun vuonna 1940 perhehoidossa oli jo yli 300 potilasta.<sup>164</sup>

1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä elätteelle anto oli yleinen tapa järjestää mieleltään sairastuneille edes jotain hoivaa, kuten Helena Hirvonen kirjoittaa: ”Käytännössä perhehoitoa

<sup>160</sup> Nykkyterminologian mukaan kyseessä oli skitsofrenia, joka oli yleisin syy joutua mielisairaalaan.

<sup>161</sup> Therman 1904, 41. Kuten lainauksesta käy ilmi, mielisairaaloihin oli joutunut myös epilepsiasta kärsiviä ja kehitysvammaisia.

<sup>162</sup> Hyvönen 2008, 97; Pesonen 1980, 97, 510–515.

<sup>163</sup> Aamulehti käsitteli vuonna 1906 köyhäinhoidontarkastelijan perhehoitoon kehottavaa kiertokirjettä. Artikkelin kirjoittaja huomauttaa omana kommenttinaan, että ”sen ajanhan jo pitäisi olla ohi, jolloin sairas henkilö annetaan hoidettavaksi pitämättä huolta, että hän saa tarpeellisen hoidon.” Aamulehti ”Mielisairasten sijoittaminen perheisiin” nro 168 27.7.1906, 2. Helsingin Sanomissa mielisairaiden elätteelle antoa kritisoitiin vuonna 1907. Artikkelin mukaan perhehoitoa ei tule sekoittaa siihen käytäntöön, jota ”useat maalaiskunnat meillä nykyään käyttävät” eli mielisairaas antaminen elätettäväksi sille, joka hänet huokeimmalla ottaa vastaan. Helsingin Sanomat ”Sairasmielisten vapaat hoitomuodot ja waltion lunastamien alueitten asutus I”: 1.3.1907, 2.

<sup>164</sup> Sarvilinna 1938, 522; Päivänsalo 1940, 30; Hyvönen 2008, 98.

suosittiin mielisairaiden hoidossa, koska pääosa sairastuneista oli köyhiä, joilla ei ollut itse varaa lunastaa hoitopaikkaansa. Esimerkiksi vielä vuosina 1901–1921 perhehoidossa elätteellä hoidettiin 60–75 prosenttia maamme mielisairaista. Etenkin maaseudulla kunnan huollettaviksi jääneistä mielisairaista noin puolet sijoitettiin perhehoitoon.”<sup>165</sup> Hirvonen samaistaa ainakin lainatussa kohdassa elätteelle annon perhehoitoon.

Aamulehti uutisoi vuonna 1906 köyhäinhoidontarkastelijan kaikkiin köyhäinhoitolaitoksiin lähettämästä kiertokirjeestä, jossa hän ohjeisti mielisairaiden sijoittamisesta perheisiin. Kiertokirjeessä todetaan, että ulkomailla on saatu "mitä parhaita tuloksia". Onnistuneen sijoituksen kannalta tärkeää oli oikeiden perheiden ja hoitajien valinta sekä lääkärin kanssa tapahtuva neuvottelu hoitajan kanssa. Lääkärin tai kokeneen mielisairaanhoitajan olisi käytävä "silloin tällöin" katsomassa perheeseen sijoitettua mielisairasta. Ulkomailta saatujen kokemusten mukaan "kokeneita hoitajia kehittyä ja sopivia sijoittamiskoteja ilmestyy werrattain pian asiaan innostuneen lääkärin toimesta.”<sup>166</sup>

Helsingin Sanomissa vuonna 1907 annetaan varsin idyllinen kuva perhehoidosta, mutta samalla tullaan määritelleeksi sen kriteerejä ja sairaalaympäristöstä poikkeavia mahdollisuuksia. Tärkeää näyttäisi olevan potilaiden kodikas ylläpito ja hellä kohtelu ja huolenpito,

*jota nämä niin suuresti kaipaavat... Ottaa osaa perheen jokapäiväisiin askareisiin ja olla osallisena kotien... sisällisessä henkisessä elämässä, kotiutuvat he pian ja heidän turmeltunut henkinen terveys pääsee näistä edullisista ja luontaisista oloista usein paljon pikemmin ja warmemmin korjaantumaan kuin nauttiessaan hoitoa suljetuissa mielisairaslaitoksissa.*

Kodinomaisten olojen kuntouttava merkitys oli siis Suomessa havaittu jo 1900-luvun alussa. Lainauksessa luonnehdittu perhehoito ilmentää selvää sosiaalipsykiatrista ajattelutapaa. Kyseessä on kuitenkin ideaali ja hyvien hoitoperiaatteiden esittäminen sellaisena, kuin ne parhaimmillaan ovat saattaneet toteutua. Mutta mikä tahansa hoitomuoto voi korruptoitua mekaaniseksi suorittamiseksi, kuten esimerkiksi vuonna 1962 julkaistu tunnettu kirja ja siitä vuonna 1975 ohjattu elokuva Yksi lensi yli käen pesän kuvastaa asiaa ryhmäterapian suhteen. Perhehoito asettaa korkeat

---

<sup>165</sup> Mäkelä 2008, 56. Lainaus on alun perin Hirvosen, mutta koska en saanut Hirvosen artikkelia käsiini, niin viitataan Mäkelän pro graduun, josta lainauksen löysin.

<sup>166</sup> Aamulehti ”Mielisairasten sijoittaminen perheisiin” 27.7.1906, 2.

vaatimukset toteuttajilleen. Ehkä siinä on yksi syy, miksi sitä ei Suomessa sovellettu yleisesti ja laajasti.

Vasta vuoden 1937 Mielisairaslain mukaan kaikki hoitopaikat tulivat lääkärin säännöllisen valvonnan alaisuuteen.<sup>167</sup> Laki määritteli mielisairaiden hoitopaikoiksi valtion, kuntien ja yksityisten omistamat mielisairaalat, kunnalliskotien mielisairasosastot, hoitokodit sekä yksityiskotien perhehoidon.<sup>168</sup> On selvää, että ennen tätä kaikista hyvistä aikomuksista ja korkeista ideaaleista huolimatta käytäntö oli vähän niin ja näin. Tämän vuoksi, varsinaisena perhehoitona ennen vuoden 1937 Mielisairaslakia on mielekästä pitää vain mielisairaaloiden yhteydessä harjoitettua perhehoitoa.

Vuonna 1938 annetun Mielisairasasetuksen 39 §:ssä vaaditaan perhehoitoa varten lääkintöhallituksen vahvistama hoitokirja, jossa määritellään perhehoidon tarkoitus seuraavasti: ”perhehoidon tarkoitus on totuttaa sairaat itsenäiseen elämään vapaissa olosuhteissa, tehden siten mahdolliseksi heille palaamisen yhteiskuntaelämään.”<sup>169</sup> Tämä kuntouttava eetos näyttäisi olevan ristiriidassa laitostavan<sup>170</sup> ja hoitopessimistisen sairaalajärjestelmän kanssa. Se kuitenkin kertoo psykiatrikunnassa olleista varhaisista hoito-optimistisista ajattelutavoista, olkoonkin, että ne eivät kaiketi olleet valtavirtaa, mitä käytäntöihin tulee. Aulikki Päivänsalo oli yksi tällainen perhehoidon mahdollisuuksiin perustellusti uskova lääkäri. Hän kirjasi vuonna 1940 sosiaalipsykiatrisena pidettävän vakaumuksensa, että ”nykyaikainen mielisairaaloiden yhteydessä oleva perhehoito on täten tosiaan hoitotapa, jossa ympäristön parantava vaikutus pääsee oikeuksiinsa.” Onnistuminen vain edellytti potilaiden ”tarkkaa valintaa ja heidän hoidon jatkuvaa valvontaa sairaalasta käsin.”<sup>171</sup>

Perhehoidon alkuvaiheessa jossain tapauksissa saatettiin teettää perhehoidossa oleville liikaa töitä ja jopa lähettää maksuksi naapuritaloon. Suomenkielinen potilas saatettiin kummallisen ajattelemattomuuden seurauksena lähettää ruotsinkieliseen perheeseen. Jotkin potilaat aiheuttivat jonkin verran vaivaa karkailemalla.<sup>172</sup> Helsingin kaupungin asettama komitea esittikin hyvin

---

<sup>167</sup> Hyvönen 2008, 103–104; Eskola 1983, 207–208.

<sup>168</sup> Mielisairaslaki 1937.

<sup>169</sup> Päivänsalo 1940, 31.

<sup>170</sup> Päivänsalo mainitsee Eugen Bleulerin ajatukseen siitä, että skitsofreniaa sairastavasta ”tulee sitä sosiaalisempi, mitä parempi heidän ympäristönsä on, ja päinvastoin.” Päivänsalo 1940, 32. Bleulerin ajatuksia oli siteerattu Terveystieteiden aikakauslehdessä jo vuonna 1900-luvun alussa. Ajatus laitostumisesta ei siten voinut olla kovin uusi ajatus, mutta ongelmana lieneekin ollut resurssien ja vaihtoehtojen puute.

<sup>171</sup> Päivänsalo 1940, 32.

<sup>172</sup> Tuovinen 2009, 213; Sarvilinna 1938, 518–519.

kategorisesti vuoden 1925 mietinnössään, että potilas on järkevää sijoittaa kohteeseen, joka vastaa mahdollisimman paljon hänelle tuttua ympäristöä.<sup>173</sup>

---

Helsingin kaupunki oli asettanut komitean selvittämään perhehoitoon sijoittamisen mahdollisuuksia alueensa mielisairaille. Komitean ehdotuksessaan toteaa, että työkykyisyys ei olisi poissulkevasti edellytyksenä, vaan laveammin rauhallisuus ja vaarattomuus sekä muutoin perhehoitoon sopivuus. Nikkilän ylilääkäri oli vuoden 1920 vuosikertomuksessa katsonut, että ei ole tarkoituksenmukaista antaa kaikkia työtätekeviä potilaita perhehoitoon, koska silloin jouduttaisiin palkkaamaan työmiehiä heidän tilalleen. Hoidollinen peruste ei siis ole jostain syystä ollut määrävänä tekijänä ainakaan tässä tapauksessa. Komitean jäsenetkin hämmästelivät ylilääkärin perusteita ja eivät yhtyneet siihen käsitykseen, että ”hyötynäkökohta periaatteena olisi ratkaisevavana hoitomuotoa valittaessa”. Komitea esittää luultavasti muiden maiden kokemuksiin perustuen, että työtätekevien potilaiden tilalle ”kasvatetaan” uusia työtätekeviä potilaita. Tällöin Nikkilän ylilääkärin kummallinen päätös vaikuttaa vieläkin merkillisemmältä.<sup>174</sup>

---

Komitea huomauttaa optimistisesti, että ”aikaisempi kokemus Helsingin kaupungin perhehoidosta samoin kuin kokemus ulkomailta osoittaakin, että koko joukon suurempi<sup>175</sup> prosenttimäärä voidaan sijoittaa perhehoitoon kuin mitä nyt on asianlaita.” Jotta tämä tavoite saataisiin toteutettua, niin ”vaaditaan perheiden hankkimiseksi valistus- ja propagandatyötä, johon nykyisillä hoitohenkilöillä, joiden tehtäväksi hankkiminen on jäänyt, ei ole tarpeellisia edellytyksiä. Tämä onkin yksi syys, minkä vuoksi komitea ehdottaa koulutettujen hoitajavoimien käyttöön ottamista myöskin perhehoidossa.” Tässä on huomattava, että koulutetun ja siten paremmin palkatun henkilökunnan saanti olisi voinut viedä perhehoidon mahdollisuuksia ja arvostettavuutta eteenpäin. Sitten komitea tarttuu keskeiseen ongelmakohtaan huomauttaen, että ”yhtä tärkeää kuin perheiden valinta, on perhehoidon menestymiselle hoidon valvonta”, jota komitea pitikin silloisen perhehoidon heikkona kohtana.<sup>176</sup>

---

---

<sup>173</sup> HKVPA 1/1926, liite III.

<sup>174</sup> HKVPA 1/1926, liite III.

<sup>175</sup> Tämä komitea on tehnyt ehdotuksensa vuonna 1925. Mainitsen tämän asian siksi, koska tässä ehdotuksessa ei näy mitään degeneraation pelkoon liittyvää ajatusta siitä, että mielisairaalan tehtävänä olisi säilyttää mielisairaita ja suojella siten yhteiskuntaa heiltä.

<sup>176</sup> HKVPA 1/1926, liite III.

### 3.3 Tapauksia perhehoidon määrittymisen rajoilta: E. Therman ja E. W. Lybeck

Edvard W. Lybeck raportoi vuoden 1896 matkakertomuksessaan, että Skotlannissa mielisairaita sijoitettiin perheisiin heti näiden sairastuessa tai ensihoidon jälkeen. Heidät oli luokiteltu yleensä parantumattomiksi, hiljaisiksi ja helposti hoidettaviksi. Skotlannissa vähän yli neljäsosa mielisairaista kuului tällaisen perhehoidon piiriin.<sup>177</sup> Tässä matkakertomuksessa puhutaan parantumattomista potilaista. Olisi paradoksaalista puhua kuntoutumisesta parantumattomien potilaiden kohdalla, eikä Lybeck sellaisesta suoraan puhukaan. Kuitenkin, Lybeck lainaa haastattelemaansa tarkastajaa, jonka mielestä potilaat ovat onnellisempia, kuin jos olisivat hoitolaitoksessa ja he voivat kehittää ”kykyään monesti siihen määrin, että ennen pitkää voivat työllään elättää itsensä.”<sup>178</sup> Tässä on erikoinen ristiriita: miten parantumaton voi samaan aikaan kyetä työllään elättämään itsensä eli nykykielellä kuntoutumaan? Tavaksi oli vakiintunut luokitella mielisairaajat parantumattomiin ja paraneviin. Ilmeisesti parantumattomien kategoria oli niin vakiintunut, että sitä käytettiin tilanteissa, joissa parantumattomuus ei ollutkaan ihan kategorista laatua. Yleisesti parantumattomilla viitattiin potilaisiin, jotka joutuivat elämään loppuelämänsä mielisairaalassa tai muun huolenpidon alla. Käsitteet mielisairauksista olivat vielä lääketieteellisesti ottaen köyhällä pohjalla. Kraepelinin diagnostiikka oli vasta vaikutusvaltansa kynnyksellä vuonna 1896. Parantumattomista tultiin puhumaan kuitenkin kauan ja vielä 1950-luvulla Suomessa alettiin rakentaa kroonisia mielisiraspotilaita varten niin sanottuja B-mielisairaaloita. Kroonisuus<sup>179</sup> oli tullut parantumattomuuden tilalle.

Suomessa oli vasta vuodesta 1890 alkaen alettu koota tilastollisia tietoja mielisairaiden lukumäärästä. Ainoastaan pieni osa voitiin ottaa hoitolaitoksiin ja köyhäintaloihin suurimman osan jäädessä kuntien ja omaisten hoidettaviksi. Lybeck toteaa asiasta vuonna 1896, että ”näin ollen on kunnan köyhäin-hoito paikoittain meidänkin maassamme sijoitellut hiljaisia mielisairaita maaseudulle yksityis-perheisiin hoidettaviksi ja, mikäli olen kuullut, hyvällä menestyksellä.” Järjestelmää oli siis käytännön pakkona sovellettu Suomessa ja Lybeckin tulkinnan mukaan vieläpä hyvin<sup>180</sup> tuloksin. Hän arvioi edelleen olosuhteiden olevan Suomessa vastaavanlaiset kuin Skotlannin maaseudulla ja siksi järjestelmä olisi hänen mielestään voinut toimia myös Suomessa.<sup>181</sup>

---

<sup>177</sup> Lybeck 1896, 62–63, 66.

<sup>178</sup> Lybeck 1896, 70.

<sup>179</sup> Esimerkiksi Therman 1904, 38: ”kroonillinen tila”. ”Kroonisuus” itsessään ei välttämättä ole leimaava käsite, koska mielisairaus aivan hyvin voi olla krooninen, mutta jos sen varaan rakennetaan laitoshoidojärjestelmä, niin saatetaan jo mennä itseään toteuttavan ennusteen puolelle hoitopessimistisine näkemyksineen.

<sup>180</sup> Lybeck oli ilmiselvästi innostunut perhehoidosta ja siirtolahoidosta. Siihen en saanut selvyyttä, mihin lähteeseen Lybeck perusti käsityksensä, että Suomessa perheisiin sijoittaminen olisi ollut onnistunutta. Täyttikö se edes yllä

Kaikki perhehoidosta kirjoittajat olivat samaa mieltä siitä, että potilaiden subjektiivisen hyvän lisäksi se oli myös taloudellisesti laitoshoidon huokeampi hoitojärjestelmä. Lisäksi, lähes aina käsiteltiin ulkomailla onnistuneita järjestelyitä esimerkkeinä tai niihin ainakin viitattiin. Matkareportaasiin kuuluikin käsitellä ulkomaan esimerkkejä, mutta Lybeck Skotlannin reissuaan käsitelleessä kirjoituksessa viittasi myös Yhdysvaltain Massachusettsissa vuodesta 1885 aloitettuun perhehoitojärjestelmään. Siellä 316:sta potilaasta 40 oli ”oppinut” kokonaan elättämään itseään. Koska Lybeckin nostamissa esimerkeissä vain pieni osa mielisairaista oli hoitolaitoksissa ja köyhäintaloissa, hän oli varma siitä, että perhehoidon kautta saataisiin hoitolaitosten ulkopuolelle jääville edes jonkinlainen valvonnan alainen hoito järjestettyä.<sup>182</sup>

---

Skotlannissa perhehoito oli laajaa ja systemaattista. Tässä jo vuodesta 1858 järjestelmällisesti johdetussa hoitomuodossa oli vuonna 1900 15 % kaikista Skotlannin mielisairaista. Järjestelmään kuului myös nykyään kotisairaanhoidon tunnettu muoto, kun perhehoidossa olevista 36 % oli omissa perheissä, 64 %:n ollessa vieraiden perheiden hoidossa. Skotlannin järjestelmä oli muiden maiden perhehoitojärjestelyistä poikkeava, koska sitä ei ollut alkuvaiheessa perustettu sairaalan ympärille. Kuitenkin myöhemmässä vaiheessa myös siellä perhehoito tuli perustumaan sairaalakeskeiseen malliin.<sup>183</sup>

---

Mielisairaaloiden ylilääkärien vaihdokset näyttivät tuoneen aina omat enemmän tai vähemmän radikaalit ajattelutapojen ja käytäntöjen muutokset mukanaan. Pitkäniemen historiaa lukiessa silmiini pisti erikoinen muutos 1910-luvulla tapahtuneen ylilääkärin vaihtumisen myötä. Koska kyseessä oli tutkielmani aiheeseen liittyen perhehoidon asema Pitkäniemessä, perehdyin uuden ylilääkärin ajattelutapoihin Duodecimin, Terveystieteiden ja historiantutkimuksen perusteella.

Vuosina 1909–1913 Pitkäniemessä ylilääkärinä toiminut Albert Björkman aloitti hallinnoimassaan sairaalassa perhehoitokokeilut, jotka vuosina 1914–18 ylilääkärinä toiminut Ernst Therman puolestaan lopetti. Mikä sai Thermanin lopettamaan tämän pienimuotoisen ja onnistuneen Björkmanin kokeilun? Pitkäniemen historiassa esitetään syyksi yksioikoisesti, että Therman ei ollut

---

käsitelty perhehoidolle asetetut kriteerit? Vaikuttaisi siltä, että kyseessä olisi ollut nimenomaan elänteelle anto - järjestelmä.

<sup>181</sup> Lybeck 1896, 61–73.

<sup>182</sup> Lybeck 1896, 70–73.

<sup>183</sup> Päivänsalo 1940, 29.



perhehoidon kannattaja.<sup>184</sup> Tämän tulkinnan asettaa kyseenalaiseksi hänen Terveystieteiden ja Duodecimiin kirjoittamansa artikkelit, joiden perusteella voidaan yksinomaan sanoa hänen olleen ainakin vielä vuonna 1904 kyseisen hoitomuodon puolestapuhuja eikä hän vuonna 1916 sitä ainakaan periaatteena vastustanut.<sup>185</sup> Miksi hän sitten kirjoitti Pitkaniemen ylilääkärinä vuonna 1915 lääkintöhallitukselle, että ”perhehoito tässä muodossa ei mielestäni vastaa tarkoitustaan”?<sup>186</sup> Mielisairaanhoitoa käsittelevässä artikkelissa vuodelta 1916 Therman kirjoittaa viitaten Pitkaniemeen, että ”erikoisista syistä on tämä hoitomuoto [perhehoito] nyttemmin lakkautettu.”<sup>187</sup> Siihen, mitkä olivat nämä *erikoiset*<sup>188</sup> syyt, Therman ei anna mitään vihjettä. Liittyivätkö syyt jollakin tapaa nimenomaan Pitkaniemeen ja johonkin traagiseen tai kiusalliseen<sup>189</sup> tapahtumaan siellä vai oliko kyseessä hoitoideologian muutos? ”Erikoinen syy” ei todennäköisesti viittaa ideologiseen syyhyn. Sanat ”tässä muodossa” viittanee tapaan sijoittaa potilaita sairaalan henkilökunnan perheisiin. Myöhemmin Therman oli lääkintöhallituksessa mielisairanhoidosta vastaavana lääkintöneuvoksena ja juuri hänen aikanaan perhehoidon ohjeistuksia täsmennettiin ja valtionapuseräyksiä laadittiin. Edelleen, auki jää kuitenkin kysymys, miksi perhehoito lopetettiin Pitkaniemessä kokonaan kahdeksikymmeneksi vuodeksi, eikä sovellettu esimerkiksi Nikkilän mallia?

Perustuen niihin läpikäymiini julkaistuihin teksteihin,<sup>190</sup> joita Thermanista on kirjoitettu ja mitä hän itse on kirjoittanut, ei voida poissulkevasti vastata tähän kysymykseen. Asian selvittämiseksi täytyisi perehtyä Thermanin kirjeenvaihtoon aikana jolloin hän oli Pitkaniemen sairaalan ylilääkäri ja Lääkintöhallituksessa mielisairaanhoitoasioista vastaava lääkintöneuvos. Ylilääkärin vaihdos todella siis muutti mielisairaalan käytäntöjä kuten Pitkaniemessä Björkmanin ja Thermanin vaihdoksessa havaitaan. Siinä ilmenee myös yksi toinen merkityksellinen asia. Uudella ylilääkärillä, vaikka olisikin periaatteellinen näkökanta jonkin hoitomuodon puolesta, ei hän välttämättä ryhdy sitä toteuttamaan ellei hän ole syvemmin vihkiytynyt asiaan, koska vastoinkäymiset asian toteuttamisessa voivat käydä hänelle liian raskaiksi muiden asioiden hoitamisen ohella ja omien

<sup>184</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 61–62.

<sup>185</sup> Therman 1902; Therman 1903; Therman 1904; Therman 1916.

<sup>186</sup> Hämeenlinnan maakunta-arkisto, Pitkaniemen sairaalan arkisto, ylilääkärille saapuneet ja lähteneet kirjeet, ylilääkärin kirje lääkintöhallitukselle 4.10.1915 No 1038. Pitkaniemen sairaalan historiassa ilmoitetaan virheellisesti kyseisen kirjeen sisällön olleen ”ettei perhehoito vastaa tarkoitustaan”, mistä virhetulkinta siitä, että Therman ei olisi ollut perhehoidon kannattaja, on sitten varmaan syntynyt. Kaarninen & Kaarninen 1990, 62.

<sup>187</sup> Therman 1916, 131. Kyseessä olevassa tapauksessa yksi Pitkaniemen sairaalan hoitajaperhe otti 2–3 miespotilasta hoitoonsa.

<sup>188</sup> Ymmärrän sanan ”erikoinen” viittaavan tässä yhteydessä johonkin tiettyyn, erityiseen asiaan.

<sup>189</sup> Ehkä Thermanin vuonna 1904 Duodecimin artikkelissa mainitsemat ”eroottiset naiset”, tosin miespuolisina versioina, liittyvät asiaan?

<sup>190</sup> Terveystieteiden, Duodecim ja Vuorion Nikkilän mielisairaala käsittelevässä historia.

mahdollisten lempiprojektien suhteen. Tässä mielessä kyseessä voi sanoa ehkä olleen hoitoideologinen syy.

Perhehoitoon vihkiytynyt ja kokeilunhaluinen lääkäri E. W. Lybeck (1864–1919) perusti vuonna 1903 Geelin mallin mukaisen siirtolahoitojärjestelmän Ruoveden pitäjään valtion maalle. Tätä hankettaan varten hän anoi senaatilta korotonta lainaa 30 000 markan edestä. Saelanin lausunnon perusteella senaatti ei kuitenkaan lainaa korottomana myöntänyt. Vaikka Lybeck ei saanutkaan lainaa korottamana, hän lainasi silti 30 000 markkaa ja sai valtiolta<sup>191</sup> vuokamaata ja metsää hyödynnettäväksi. Senaatti oli siis halukas pohtimaan asiaa ja mahdollisesti tukemaan hanketta, mikäli olisi saanut Saelanilta puoltavan lausunnon. Saelan kritisoi Lybeckin hanketta lääkärinvalvonnan puutteilla sekä Geelin ainutlaatuisilla olosuhteilla, jotka eivät vastanneet suomalaisia olosuhteita. Henkilökohtainen syy tai pelko väärinkäytöksistä tuskin on ollut takana, Lybeckiä kun voi hyvällä syyllä pitää alansa kehittämisestä kiinnostuneena lääkärinä. Hän teki useita opintomatkoja Keski-Eurooppaan, mutta erityisesti Lontooseen ja Edinburghiin vuodesta 1891 lähtien.<sup>192</sup> Lybeckin yhtenä ajatuksena oli, että saataisiin akuuttihoitopaikkoja vapautumaan rauhallisten ja parantumattomien siirryttyä perhehoidon pariin. Hän oli jo vuonna 1896 kirjoittanut Duodecim aikakauslehteen innostuneen artikkelin tutustumisvierailustaan Skotlantiin, jossa oli käytössä mielenvikaisten perhehoitojärjestelmä. Lybeck perusteli artikkelissa järjestelmää sen taloudellisuudella ja potilaiden hyvinvoinnilla.<sup>193</sup> Hän myös omisti ja toimi lääkärinä vuosina 1896–1904 Kammion sairaalassa,<sup>194</sup> joka oli ensimmäinen yksityinen psykiatrinen sairaala Suomessa. Hänen äitinsä oli perustanut sen vuonna 1888.<sup>195</sup>

Lybeck teki aikansa perhehoitokriteerien mukaan sen virheen, että hän otti perhehoitosiirtolaansa potilaita suoraan näiden kodeista ilman aiempaa laitoshoitotaustaa, jolloin potilaiden soveltuvuutta perhehoitoon ei ollut voitu kunnolla arvioida. Joidenkin potilaiden väkivaltaisuuden seurauksena

---

<sup>191</sup> Vuonna 1905 julkaistussa Duodecimin artikkelissa kirjoittaja suhtautuu toiveikkaasti Lybeckin hankkeeseen tulevaisuuden hoitojärjestelmänä: ”Perustava askel eläitejärjestelmän alalla on otettu. Valtio on nimittäin myöntänyt kannatusta yleisistä varoista sille pienemmälle keskuslaitokselle elättijärjestelmiseen, jonka alallaan kokenut ja mielisairashoitoa harrastava linesiaatti Lybeck on hankkeissa perustaa Ruoveden pitäjään.” Wahlberg 1905, 76–77.

<sup>192</sup> Achte 1994, 127.

<sup>193</sup> Kts. Lybeckin kirjoitus Duodecim 1896 No 3. Vuonna 1858 Skotlannissa Arthur Mitchellin kehotuksesta alettiin noudattaa tätä tapaa.

<sup>194</sup> Lybeck laajensi laitosta, Kammiossa oli 40 sairaansijaa vaikeammin psyykkisesti sairaille ja Tallbackassa 30 sairaansijaa lievemmin psyykkisesti sairaille. Kammio–Tallbackan hoidossa pyrittiin yksilöllisyyteen ja humanisuuteen sairaita kohtaan. Kammion ylilääkärinä toimi vuodesta 1891 professori A.Th. Saelan ja myöhemmin tohtori A. F. Holmberg. Achte 1994, 127.

<sup>195</sup> Achte 1994, 126, 72; Sarvilinna 1938, 521–522.

Lybeckin täytyi luopua hankkeestaan.<sup>196</sup> Vaikka siirtola ei toteutunutkaan, niin Lybeck perusti kuitenkin Vilppulaan yleisen parantolan, jossa hoidettiin muiden muassa valtion kanssa tehdyn sopimuksen perusteella muutamia rauhallisia mielisairaitakin. Parantolan alueella vakavastikin mieleltään sairaat saivat liikkua vapaasti.<sup>197</sup> Ilmeisesti Geelin hengen mukaisesti Lybeck suhtautui humanisti mielisairaisiin.

Lääkintöhallituksessa oli tahtoa perhehoitojärjestelmän kehittämiseen, mutta Lybeckin yritystä lukuun ottamatta se jäi mielisairaaloiden keskitetyksi toiminnaksi ja silloinkin riippuen nähtävästi paljon ylilääkärin kiinnostuksesta kyseistä hoitomuotoa kohtaan. Niuvanniemessä ja Pitkäniemessä sitä ei pienten kokeilujen jälkeen koskaan kunnolla sovellettu. Nikkilä oli ensimmäinen sairaala, jossa sitä merkittävässä määrin sovellettiin, mihin vaikutti Nikkilän perustaminen perhehoitosiirtolan alueelle. Toisena merkittävänä perhehoitoa soveltavana laitoksena tuli 1930-luvulla olemaan Kellokosken sairaala.

Saelanin näkemys perhehoitojärjestelmän puutteista vaikutti suoraan siihen, että siirtolaperusteista perhehoitojärjestelmää ei ryhdytty Suomessa toteuttamaan laajemmin. Rahoitus jäi saamatta. Luultavasti senaatin ja lääkintöhallituksen näkemys sementoitui ja psykiatrit tai mielisairaanhoidosta muutoin kiinnostuneet lääkärit eivät edes yrittäneet tämän päätöksen jälkeen ehdottaa kyseisen hoitojärjestelmän soveltamista Suomessa. Tämän vuoksi on mielekästä tulkita senaatin päätöksen luoneen pitkälle tulevaisuuteen<sup>198</sup> rajoittavan hoitomallin. Lybeckin eksentrisyys lienee vaikuttanut myös asiaan, olihan hän perhehoitosiirtolahoidon kannattaja ja ehkä liiallisuusiinkin intomielinen kokeilija, mutta myös oman ammatti-imagonsa kannalta onnettomasti aikansa tunnetuin rokotusten vastustaja sekä luontaishoitojen näkyvin hahmo.<sup>199</sup> Vieroittiko Lybeckin kannattama vaihtoehtolääketiede lääkärikuntaa siirtola-ajattelusta?

---

<sup>196</sup> Achte 1994, 129.

<sup>197</sup> Achte et al. 1994, 70–72.

<sup>198</sup> On tietysti vaikea sanoa, minkälaiseksi suomalainen mielenterveyshoitojärjestelmä olisi kehittynyt toisenlaisen päätöksen seurauksena. Vertailu Skotlannin mielisairaanhoidon historiaan voisi antaa jotain vihiä asiasta, mutta se on jo tämän tutkielman ulkopuolinen kysymys.

<sup>199</sup> Achte et al. 1994, 96–97. Vuoden 1920 Duodecimissa julkaistussa lyhyessä muistokirjoituksessa Lybeckistä kerrotaan vähän nuhtelevaan sävyyn, että: ”L. oli epäilemättä monessa suhteessa lahjakas ja erikoinen persoonallisuus, mutta hänen intomielisyytensä vei hänet lopulta luonnonparantajan harhapoluille ja siten menetti hän pohjan jalkainsa alta. Surren muistelee Seura tämänkin jäsenensä tavallaan traagillista elämänkulkua, joka oikein suunnattuna olisi voinut olla niin hedelmällinen.” Duodecim 1920/1 Vuosikertomus, 75. Elämänmäen ajauduttua konkurssiin Lybeck oli alkanut käyttää maanisesti ja matkustella alvariinsa ulkomailla. Jotkin hänen näkemyksensä olivat muuttuneet luontaishoitoapiireissään eriskummallisiksi. Raittiusmiehenä tunnettu Lybeck aloitti ryypiskelyn. Vuoden 1919 kesäkuun puolivälissä Lybeck oli nähty harhailemassa Viipurin lähellä olevassa kylässä selittäen ihmisille aina uudelleen jotain asiaansa. Seuraavana päivänä, todennäköisesti ollessaan syvästi masentunut, hän tappoi itsensä. Achte et al. 1994, 132–137, 154–155.

### 3.4 Mielisairaalarajajärjestelmän vakiintuminen ja perhehoito

Therman heitti vuonna 1904 ilmaan sen mahdollisuuden, että aiotut piirimielisairaalat voisivat olla maanviljelyssiirtoloiden kaltaisia.<sup>200</sup> Mutta miksi perhehoito ei sitten saanut suomalaisessa mielisairaanhoidossa laajempaa jalansijaa? 1920- ja 1930-lukujen painopistealueet sairaalarakentamisen alueella olivat mielisairaalat ja tuberkuloosiparantolat. Laitosten uskottiin olevan varma keino degeneraation pysäyttämiseksi. Vuoden 1929 laki valtionavusta mielisairaaloille vauhditti mielisairaalarakentamista. Rotuhygieeniset perusteet onkin kirjattu kyseistä lakia pohjaaviin komiteamietintöihin. Minna Harjula ei tutkimuksessaan suoraan esitä, mutta viittaa siihen, että rotuhygieeniset ajattelutavat olisivat vaikuttaneet mielisairaalarakentamiseen 1920- ja 1930-luvuilla.<sup>201</sup> Mielisairaalarakentamisen vauhdittaminen oli toisaalta ollut esillä jo paljon aiemmin. Ja erityisesti se tuli akuutiksi 1900-luvun ensivuosisikymmenen komiteamietinnön pohjaksi tehdyssä tilastotutkimuksessa mielisairaiden määrästä Suomessa. Valtionavun nostamista kuntainliittojen mielisairaalarakentamista tukemaan oli vaadittu jo 1890-luvulla. Voi tietysti olla, että valtionapulaki sai sen viimeisen potkun degeneraationpelosta, mutta voi myös olla, että kyseessä oli sittenkin jotain muuta. Mitä psykiatrit ja mielisairaalapyykiatrit sitten mahtoivat asiasta ajatella? Riittävä peruste asiaan voisi löytyä siitä, mitä mielisairaaloissa käytännössä tehtiin mielisairaiden hyväksi. Perhehoidosta keskustelu loppui ainakin julkisuudessa ja perhehoito muutoinkin hiipui Nikkilän ollessa näkyvin poikkeus tästä. Tämä voisi olla viite siitä, että mielisairaiden ei uskottukaan paranevan tai että he eivät olleet kelpoja perhehoitoon tai yksinkertaisesti ei jaksettu päämäärätietoisesti yrittää jatkaa lähitienoon ihmisten nuivan alkusuhtautumisen vuoksi. Siellä missä jaksettiin yrittää, ennakkoluulot näyttivät kuitenkin väistyvän. Ehkä kyse oli pohjimmiltaan siitä, että ei vain ollut asiasta innostuneita psykiatreja ja ennen kaikkea mielisairaaloiden ylilääkäreitä, kun uudet biologispainotteiset hoitomuodot ja ajattelutavat alkoivat kiinnostaa enemmän.

---

<sup>200</sup> Therman 1904, 39.

<sup>201</sup> Harjula 2007, 46–48. Siitä en saanut selvyyttä, että käsiteltiinkö komitean kokouksissa perhehoidon mahdollisuuksia ja kuinka laajasti laitosten degeneraatiota pysäyttävään vaikutukseen uskottiin ja oliko kyseisellä perusteella ratkaisevaa merkitystä laitosrakentamiseen ryhdyttäessä, vaikka se komiteamietinnössä yhtenä perusteena lukeekin.

Sairaalakeskisyys mielisairaanhoidossa ei itsessään kaipaa degeneraatiota perusteeseen, koska eihän degeneraatiota käytetty perusteena B-mielisairaalarakentamista perustettaessakaan. Sei ei ollut perusteena 1800-luvun lopulla esitetyissä vaatimuksissa saada valtion tukea piirimielisairaaloiden rakentamista varten. Eikä degeneraatioajattelu näkynyt Björkmanin komitean vuoden 1907 ehdotuksessa, kun nähtiin tarve rakentaa 5000 sairaalapainetta lisää. Hyvönen 2008, 97.

Perhehoidosta ei valtakunnallisesti suinkaan luovuttu. Oikeastaan päinvastoin, vaikka ei siitä kansallisesti ikinä mitään merkittävää järjestelmää kehittyntäkään. Vuonna 1936 alettiin antaa valtionavustusta perhehoidon kustannusten kattamiseksi tarkoituksena lisätä perhehoidon käyttöä. Perhehoitoa ryhdyttiin toteuttamaan niissäkin mielisairaaloissa, joissa sitä ei enää ollut harjoitettu.<sup>202</sup> Oli sairaaloita, joissa perhehoito ei tuntunut saavan jalansijaa, kuten Siilinjärven mielisairaala Pohjois-Savossa. Siellä kyllä oli pohdittu perhehoidon aloittamista useita kertoja 1930-luvun ensimmäisellä puoliskolla, mutta lopulta luovuttu hankkeesta, koska lähiseudun perheet eivät uskaltaneet ottaa mielisairaita tiloilleen töihin. Vasta vuonna 1958 Siilinjärvellä saatiin perhehoito käyntiin. Ilmeisesti osittain lääkehoidon myötä kasvanut suvaitsevaisuus, mutta myös työvoimapula lienevät auttaneet suhtautumistavan muutoksessa.<sup>203</sup>

Päivänsalo katsoo vuoden 1940 kirjoituksessaan, että mielisairaanhoidossa niin sanotut vapaat hoitomuodot ovat saavuttaneet yhä enemmän alaa. Niitä ovat yleinen huoltotoiminta, perhehoito ja siirtolajijärjestelmä.<sup>204</sup> Näkemys pitää paikkansa sikäli, että perhehoito oli omaksuttu yhä useamman mielisairaalan keinovalikoimaan ja joissain tapauksissa, kuten Päivänsalon<sup>205</sup> omassa sairaalassa Kellokoskella, hyvinkin innokkaasti. Vuoden 1943 mietinnössä mielisairaanhoidon uudistamista selvittämään asetettu niin sanottu Pilppulan komitea pyrki ajamaan yhtenäistä hoitojärjestelmää mielisairaanhoidossa. Perhehoidon kehittäminenkin oli esillä kuten avohoito yleisemmin ja myös ennaltaehkäisevä hoito.<sup>206</sup>

Kunnalliskotien yhteydestä järjestettyä mielisairaiden perhehoitoa valvoivat kunnalliset köyhäinhoitoviranomaiset eivätkä lääkärit. Mielisairaanhoidon järjestämiseksi kutsuttu komitea kertoi vuonna 1922 puheenjohtajansa Einar Anttisen välityksellä joitain muutosehdotuksiaan. Näistä yksi oli mielisairaiden perhehoito, jonka valvontaa ”tunnetusti” pidettiin puutteellisena. Komitea ehdottikin, että köyhäinhoitoviranomaisen sijaan lääkäri tai sairaanhoitaja kävisi määräajoin tarkastamassa kaikki perhehoitoon sijoitetut potilaat ja perhehoidon valvonta siirtyisi terveydenhoitolautakunnille. Tämän lisäksi ehdotettiin, että lääkäri arvioisi mahdolliset perheet näiden soveltuvuudesta mielisairaiden perhehoitoon ja antaisi asiasta lausunnon, jonka perusteella

---

<sup>202</sup> Eskola 1983, 207–208.

<sup>203</sup> Rissanen 2012, 95.

<sup>204</sup> Päivänsalo 1940, 29.

<sup>205</sup> Päivänsalo oli Kellokosken piirimielisairaalan osastolääkärinä vuosina 1937–1969, katso Tuovinen 1990, 184. Päivänsalo edustaa lääkäriä, jolla on omakohtainen kokemus tietyn hoitomuodon toimivuudesta. Vaikka hän jakaa Kellokosken kokemukset muiden lääkäreiden tietoon, niin siitä huolimatta perhehoitoa ei ryhdytty laajemmin soveltamaan. Ehkä siinä ei ole mitään ihmeellistä. Olisi kuitenkin kiinnostavaa selvittää, miten jos mitenkään Päivänsalon näkemyksiin suhtauduttiin muun psykiatrikunnan keskuudessa.

<sup>206</sup> Hyvönen 2008, 105.

päätös tehtäisiin.<sup>207</sup> Kunnalliskodeista käsin järjestettyä mielisairaiden perhehoitoa – joka oli ilmeisesti pikemminkin elätteelle antoa – ei siis tule pitää yhtenevänä siihen perhehoitoon, jota järjestettiin mielisairaaloista käsin lääkärin valvonnan alaisuudessa. Vuoden 1937 mielisairaslain 25 §:ssä perhehoidon järjestämisestä säädettiinkin seuraavasti:

*Jos perhehoitoa on järjestetty jonkin mielisairaalan tai kunnalliskodin mielisairasosaston yhteyteen, valvoo sitä lähinnä<sup>208</sup> laitoksen lääkäri. Erillisen kunnallisen perhehoidon järjestäminen ja lähin valvonta kuuluu terveydenhoito- ja huoltolautakunnalle.*

Perhehoitoa pyrittiin vielä tehostamaan vuodesta 1936 aloitetulla valtionavulla. Ehdoksi tuelle asetettiin mielisairaslain ja lääkintöhallituksen määräysten noudattaminen.<sup>209</sup>

Vuonna 1943 Pilppulan komitean mietinnössä mainitaan perhehoidon saaneen ”yhä kasvavaa merkitystä” piirimielisairaaloiden yhteydessä. Perhehoitoon sijoitetut rauhalliset sekä itselleen ja muille vaarattomat potilaat tekevät komiteamietinnön mukaan perheenjäsenten valvonnassa sekä sairaalan tarkkailun alaisena ”sopivaa työtä”. Mietinnössä perhehoitoa pidetään ”tärkeänä väliasteena” toipuville potilaille sairaalan ja ”vapaan elämän” välissä. Edelleen komitea näkee perhehoidon soveltuvan sellaisille ”kroonisille” potilaille, jotka kykenevät työhön, mutta eivät pysty asumaan omin päin tai entisessä ympäristössään. Perhehoidon mielekkyyttä perustellaan tässäkin dokumentissa sen taloudellisella edullisuudella verrattuna mielisairaalahoitoon. Komitea oli kovin optimistinen perhehoidon suhteen, kun se uskoi perhehoidon kaksinkertaistuvan ”lähivuosina”.<sup>210</sup>

Suomessa perhehoitoa ryhdyttiin soveltamaan yhtenäisenä järjestelmänä valtakunnan mittakaavassa vasta 1930-luvun lopulla eikä se silloinkaan saanut yhtenäistä innostusta osakseen. Yhdessä Suomen merkittävimmistä ja toiseksi vanhimmassa valtion mielisairaalassa Niuvanniemessä sitä alettiin kokeilla vasta 1930-luvulla. Kaija Vuorio kirjoittaa, että perhehoito oli vuoden 1937 lain vuoksi pakko<sup>211</sup> aloittaa vuosikymmenten aikomusten jälkeen Niuvanniemessäkin ja että laissa oli

---

<sup>207</sup> ”Mielisairashoidon uudelleen järjestäminen”: Huoltaja 18/1922, 161–162.

<sup>208</sup> ”Lähinnä” viittaa luultavasti siihen yllä mainittuun asiaan, että sairaanhoitajatkin voisivat käydä määrääjoin tarkistamassa potilaiden olot.

<sup>209</sup> Komiteamietintö No 7 1943, 8.

<sup>210</sup> Komiteamietintö No 7 1943, 7–8, 40.

<sup>211</sup> Vuorio 2010 kirjoittaa, että ”pakko”, mutta laissa ei käsittäkseni mitään pakkoa sille ole asetettu. Ehkä kyse on enemmänkin yleisestä ilmapiiiristä, kuin säännösten mukaisesta pakosta. Vuorio ei viittaakaan lakiin, vaan kirjeenvaihtoon ja kirjeisiin, joista yhden yllilääkäri Kaltio oli lähettänyt Lääkintöhallitukselle. Ehkä kyseessä oli ”kai se on sitten pakko aloittaa” tyylisestä asenteesta tai vaihtoehtoisesti Lääkintöhallitus oli määrännyt aloittamaan perhehoidon.

siitä tarkat määräykset. Niuvanniemessä oli tosin jo 1930-luvun alussa otettu Nikkilän perhehoitomallista selvää. Perhehoidosta ei siellä kuitenkaan tullut merkittävää hoitomuotoa, sillä vuosina 1940–1949 vain keskimäärin kuusi potilasta vuodessa oli sairaalan valvomassa kodinomaisessa hoidossa.<sup>212</sup>

Pitkäniemessä aloitettiin perhehoidot uudelleen syksyllä 1935, jolloin siellä sijoitettiin neljä potilasta lähiperheisiin. Tarkoituksena oli jälleen helpottaa paikkapulaa. Perhehoitoa valvova apulaisylilääkäri kävi kerran kuukaudessa katsomassa jokaista potilasta ja perhehoitoa valvova hoitaja kävi kerran viikossa heidän luonaan. Sijoitusperheiden löytäminen helpottui sitä mukaan, kun epäluulo mielisairaita kohtaan lähistön asukkaiden keskuudessa väheni.<sup>213</sup> Sama kaava ennakkoluulojen väistymisestä toistui muissakin mielisairaaloissa – ja muina aikoina. Ennakkoluulot alkoivat karista<sup>214</sup>, kun oltiin tekemisissä ennakkoluulon kohteiden kanssa ammattitaitoisen henkilökunnan ohjauksessa. Mielisairaita ei enää koettukaan pelottaviksi tai pelkästään harmia aiheuttaviksi ihmisiksi.

Päivänsalo katsoo, että Kellokosken sairaalan ympäristö on sopiva perhehoidolle, koska asukkaat ovat hyvin toimeentulevia palstatilallisia, jotka tulevat omilla tuotteilla toimeen. Potilaista saadun hoitomaksun ansiosta he saivat toimeentuloonsa hyvän lisän. Hän huomauttaa, että asukkaiden ennakkokokuulot ovat sairaalan läheisyyden vuoksi suhteellisen vähäiset. Perhehoito aloitettiin siellä vuoden 1932 lopussa ja potilaiden kokonaismäärä perhehoidossa oli vuoden 1938 loppuun mennessä jo 399.<sup>215</sup> Ehkä tällainen rakenteellinen tekijä maanviljelijäväestön suhteen voisi olla yksi selittävä tekijä sille, miksi eri mielisairaaloissa omaksuttiin perhehoitomalli enemmän tai vähemmän laajasti.

Perhehoitoon otettujen määrä kasvoi 1935 luvulle asti ja sen jälkeen alkoi laskea. Päivänsalo esittää kaksi syytä tähän. Työterapian käyttöönottamisen myötä saatiin aikaiseksi riittävän hyvä kunto vanhojen kroonisten potilaiden kohdalla, jotta heidät voitiin sijoittaa perheisiin. Nyt vanhojen kroonisten potilaiden tilalle tuli potilaita, jotka taas eivät yhtä lailla enää soveltuneetkaan

---

<sup>212</sup> Vuorio 2010, 88, 141–142.

<sup>213</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 104–106.

<sup>214</sup> Ennakkoluulojen kariseminen perhehoitoyhteisöissä antaa vihiä psykiatriseen sairaanhoitoon osallistuneen henkilökunnan yleisistä asenteista mielisairaita kohtaan. On loogista ajatella, että henkilökunnan keskuudessa yleinen ilmapiiri ei ole voinut olla mielisairaita yleisesti harmillisena pitävä, jos maallikkojenkin perhehoitoyhteisöissä tällainen ennakkoluulo alkoi kokemuksen karttuessa murentua. Miten muutoin perhehoito olisi voitu alun pitäen myydä perheille. Tietty on voimakkaita ja hyvin häiritseviksi koettuja oireita aiheuttavia sairauden muotoja, jolloin on voinut olla negatiivisia asenteita jotain mielisairasryhmää kohtaan henkilökunnankin keskuudessa.

<sup>215</sup> Päivänsalo 1940.

perhehoitoon. Toiseksi, uudet ja tehokkaammat hoitomuodot, kuten vuonna 1936 käyttöön otettu insuliinihoito, lyhensivät joissain tapauksissa sairaalassaoloaikoja.<sup>216</sup>

Perhehoito näyttäisi olleen useissa tapauksissa kuntouttava hoitomuoto, jos Päivänsalon tietoihin on luottaminen. Se oli monille ikään kuin yksi porras mielisairaalan ja yhteiskunnan välissä:

*Useissa tapauksissa perhehoito muodostuu vain väliasteeksi sairaalasta pois pääseville potilaille. Perhehoito on parhaita hoitumuotoja paranevien ja toipuvien potilaiden totuttamiseen jälleen vapaaseen itsenäiseen elämään.*<sup>217</sup>

Vuonna 1950 Jorma Tirkkonen kirjoitti Pitkänimessä toteutetusta kriminaalipotilaiden perhehoidosta. Hänen mukaansa ”parhaiten on onnistunut siveellisyys- ja väkivaltarikokseen syyllistyneet, huonosti sensijaan omaisuusrikoksista tuomitut.” Kiinnostavaa on, että sijoitusvaikeuksia ei Tirkkosen mukaan ollut, vaan halukkaita perheitä kyllä löytyi.<sup>218</sup> Tämä antaisi viitteitä siitä, että Therman 1910-luvulla ei vain ollut jaksanut yrittää riittävästi tai hänellä ei ollut riittävän pitkälle kehittyntä mallia perhehoidon hyvälle toteuttamiselle ja on myös huomattava, että rahoituskin oli puutteellista. Pitkänimessä perhehoito aloitettiin uudelleen vuonna 1935 ja se jatkui edelleen pienimuotoisena vuonna 1969 sairaalan vuosikertomusten mukaan.

Parantumattomia ja rauhallisia mielisairaita oli tarkoitus sijoittaa maaseudulle perheisiin, jossa he olisivat voineet auttaa maataloustöissä voimiansa mukaan. Maatalousvaltaisen yhteiskunnan väistyessä tätä mahdollisuutta voitiin toteuttaa yhä vähenemässä määrin. Paavilainen toteaa vuoden 1967 perhehoitoa käsittelevässä esittelyssään, että ”yhä enemmän väestöä siirtyy kaupunkimaiseen elämänmuotoon ja myös psykiatristen potilaiden kiinnostus maataloudessa esiintyviä töitä kohtaan on vähentynyt”.<sup>219</sup>

Perhehoidon voi nähdä olleen kansainvälisesti vielä 1950-luvulla varsin arvostettu hoitomuoto. Maailman terveysjärjestö vuoden 1953 avomielisairaanhoidon käsittelevässä raportissaan huomauttaa, että perhehoitoa ei ole sovellettu riittävästi kaikkialla. Raportti listaa jo Suomessakin tutuiksi tulleita – ja muutamia yksittäisiä suomalaisesta käytännöstä poikkeavia – kriteereitä perhehoidosta: potilaiden tulee olla kroonisia ja rauhallisia potilaita; hoitopaikkojen tulisi olla

---

<sup>216</sup> Päivänsalo 1940, 36–37.

<sup>217</sup> Päivänsalo 1940, 43.

<sup>218</sup> Tirkkonen 1950, 373, 376.

<sup>219</sup> Paavilainen 1967, 205.



maatalot, henkilökunnan sukulaiset, pienten liikeyritysten omistajat; perheille olisi annettava rahallinen korvaus potilaan työpanokseen nähden siten, että mitä vähemmän potilas kykenee työskentelemään, niin sitä enemmän korvausta maksetaan; potilaalle itselleen olisi hyvä antaa käsirahaa rohkaisuksi ja itsekunnioituksen edistämiseksi; potilaiden luona täytyy säännöllisesti vierailla, vähintään kerran kuukaudessa laitoksen avohoitoinstituutiosta (esimerkiksi lääkäri, sosiaalihoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja). Raportin laatijat katsoivat, että perhehoito ensinnäkin purkaa painetta sairaalapetien suhteen ja samalla tukee terveiden piirteiden esiintuloa potilaissa näiden eläessään tavallisessa ympäristössä. Perhehoidon myös katsottiin hoidon väliasteena edesauttavan potilasta saavuttamaan ”täydellisen vapauden” ja pääsyn normaaliin työelämään.<sup>220</sup>

---

Vuosina 1925–1928 ilmestyneessä neljäosaisessa Otavan pienessä tietosanakirjassa ”mielisairaanhoidon” alla kirjoitetaan, että ”Taudin laadun ja asteen mukaan voidaan mielisairasta hoitaa kotona, yksityisissä perheissä, järjestetyssä perhehoidossa, maanviljelyssiirtoloissa ja mielisairaaloissa.” Tämän kuvailun jälkeen artikkelin laatija huomauttaa kriittisesti, että ”Suomessa on suljettuun sairaalahoitoon kiinnitetty päähuomio, perhehoito on alkeellisella asteella, maanviljelyssiirtoloita ei ole ensinkään.” Sitten vuosina 1950–1952 saman kustantajan vastaavassa tietosanakirjasarjassa ”mielisairaanhoidon” kohdalla tai muuallakaan ei ole enää edes mainintaa perhehoidosta. Sen sijaan ”uudenaikaisina” hoitomenetelminä kerrotaan olevan työterapia, imsuliinishokki, kardiatsolishokki, malariahoito ja psykoterapia, jonka perään on suluissa mainittu psykoanalyysi.<sup>221</sup> Uudemmassa tietokirjasarjassa käsitellään mielisairaanhoitoa ja mielisairauksia muutoinkin niukemmin sekä ilman edeltävään sarjaan kuulunutta kriittistä sävyä. Tietosanakirjasarja kuvastaa uusien hoitotapojen asemaa ikään kuin johtotähtenä mielenterveystyössä. Avohoidon kannalta ongelma oli vain se, että ne kaikki olivat sairaalapainotteisia hoitomuotoja lievempiin mielenterveyshäiriöihin suunnattua psykoterapiaa lukuun ottamatta.

Valtioneuvos T. J. Aminoffin toiveissa oli siintänyt, että perhehoidossa tulisi olemaan 10 % mielisairaista. Sellaisiin määriin se ei koskaan yltänyt, ei likimainkaan. Kirjoittelu perhehoidosta oli näkyvää sanomalehdissä 1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alussa, kun vielä etsittiin taloudellisia vaihtoehtoja mielisairaanhoidossa.<sup>222</sup> Mielisairaalarakentaminen 1920-luvulla helpotti paikkapulaa,

---

<sup>220</sup> WHO 1953, 34.

<sup>221</sup> Otavan pieni tietosanakirja III 1927, Mielisairaanhoito; Otavan pieni tietosanakirja III 1951, Mielisairaanhoito.

<sup>222</sup> Sarvilinna 1938, 526–529.

mutta ei poistanut ongelmaa. Tosin jo aiemmin oli päätetty vastata mielisairaiden hoidontarpeeseen sairaalapaikkoja lisäämällä. Fysikaalisia hoitomuotoja alettiin keksiä 1920-luvulta lähtien, jolloin psykiatrien kiinnostus kohdistui paljon näihin uusiin hoitomenetelmiin.

#### **4 Pitkäniemen sairaala ja avohoitoon siirtyminen Erik Anttisen aikana (1963–1973)**

Anttisen Pitkäniemen aika sijoittuu yleisempään yhteiskunnallisen kulttuurimuutoksen aikaan, jonka heijastevaikutuksia keskeiset mielisairaanhoidon muutoksetkin olivat, kuten laitosten hierarkkisuuden kumoutuminen. 1960-luvun radikaali yhteiskuntakritiikki, yleinen protestihenki ja auktoriteettien kyseenalaistaminen eivät ilmenneet kovin voimakkaana liikkeenä suomalaisessa psykiatriassa. Marraskuunliike oli nuorten lääkärin antipsykiatriasta ammentanut liikehdintä, mutta sillä ei ollut käytännön vaikutusta enemmän reformistisiin ja todellista valtaa omaaviin psykiatreihin, jotka olivat professoreita ja ylilääkäreitä.

Kysymykset avohoidosta, kuntoutuksesta, kotisairaanhoidosta, miljöönäkökohdista, tiimityöskentelystä, työnohjauksesta ja potilaan oikeuksista kulkivat Erik Anttisen ajattelutavassa ilmeisen selvänä visiona sairastuneen ihmisen auttamiseksi. Nämä ajattelutavat ja niiden käytännön sovellukset edustivat radikaalisti uutta tapaa ratkaista mielisairaanhoidon historian kaksi suurta ongelmaa, paikkapulan ratkaisemista hoidontarpeessa oleville sekä itse sairauden voittaminen tai sairaan auttamista takaisin yhteiskuntaan. Nyt ei enää ehdotettu lisää laitospaikkoja, vaan alettiin selvittää pitkäaikaishoidotilaiden kuntoutumismahdollisuuksia sekä luoda hoitojärjestelmiä ja -kulttuuria, joka nimenomaan tukisi sairastuneiden nyt todennetuksi tullutta kuntoutuspotentiaalia. Kuntoutuspotentiaalia ei ollut sisäistetty varhaisempaan ajattelutapaan mielenterveytystyössä, vaikka siihen viittaavia havaintoja olikin tehty, esimerkiksi perhehoidon yhteydessä.

##### **4.1 Erik Anttisen ura ennen Pitkäniemen aikaa**

Erik E. Anttisen isä, Einar Anttinen, aloitti psykiatrin työt Lapinlahden sairaalassa vuonna 1911.<sup>223</sup> Mielisairaaloiden henkilökunnalle tavanomaiseen tapaan Anttisten perhe asui mielisairaala-alueella henkilökunnan asunnossa. Mielisairaala-alue sekä mielisairaajat ihmiset tulivatkin Erik Anttiselle tutuiksi hänen lapsuudessaan ja nuoruudessaan, mikä edesauttoi sitä, että suhteet sairaala-alueen potilaisiin kehittyivät mutkattomiksi ja helpoiksi. Pohjimmiltaan ne olivat ihmissuhteita siinä missä mikä tahansa muukin ihmissuhde on:

---

<sup>223</sup> Aché 1991, 98.

*En minä silloin pelännyt ketään siellä Lapinlahden sairaalan puistossa, jossa käveli paljon monella tavalla sairaita potilaita. Päinvastoin, minulla oli monia hyviä ystäviä heidän joukossaan, koska olivat pitkäaikaispotilaita, joihin tutustui ajan mittaan aika lailla paljon. Se ehkä vaikuttikin siihen, että en ole koskaan myöhemminkään pelännyt mitään tällaista asiaa.*<sup>224</sup>

---

Taustastaan johtuen hän sai vahvan lähtökohdan tulevalle ammatilliselle elämälleen. Tulevien psykiatrinen kotihoitouudistusten alullepanijana on Anttisen lapsuuden kokemuksena paikallaan nostaa esiin, että 1930-luvulla koululaisena hän kulki useina viikonloppuina isänsä mukana kotikäynneillä tämän vastuualueisiin kuuluneissa hoitokodeissa.<sup>225</sup>

---

Anttinen toimi apulaislääkärinä Lapinlahden sairaalassa vuodet 1953–1955 ja apulaisylilääkärinä vuodet 1957–1963. Vuodesta 1955 vuoteen 1963 hän toimi vielä apulaisylilääkärinä Sotainvalidien Veljesliiton Aivovammasairaalassa. Lapinlahdessakin Anttinen työskenteli pääsääntöisesti neurologisella osastolla. Kumpikin työyhteisö oli demokraattinen ja liberaali hengeltään. Lapinlahden liberaali ilmapiiri antoi tilaa monipuoliselle keskustelukulttuurille, jossa uudet ajattelutavat saivat sijansa. Anttisen ollessa Lapinlahdessa, psykiatriassa tapahtui samaan aikaan nopeaa muutosta.<sup>226</sup>

---

Lääkehoidon kehitys oli yksittäisistä muutoksista merkittävin. Vuonna 1952 Yhdysvaltain markkinoille tullut klooripromatsiini on yksittäinen tekijä, jonka voi perustellusti sanoa muuttaneen psykiatriaa. Se aloitti psykofarmakologisen aikakauden, jonka ansiosta avohoidolliset mielisairaanhoitojärjestelmät kävivät aikaisempaa helpommin ja laajemmin toteutettavimmiksi ja perusteltavimmiksi.<sup>227</sup>

---

Suomessa psykodynaamiset näkemykset alkoivat 1940-luvun lopulla näkyä joidenkin Lapinlahden lääkäreiden käsityksissä ja 1950-luvulla se alkoi jo voittaa alaa psykiatrien keskuudessa ensin yksilödynaamisten näkemysten sitten 1950-luvun lopulla enemmän perhedynaamisten näkemysten muodossa. Suurimman panoksen keskusteluhoitojen lisääntymiseen toivat psykodynaamisesti orientoituneet lääkärit, jotka hankkivat itselleen psykoanalyttista koulutusta ja jotka sittemmin alkoivat ottaa koulutukseensa muita psykiatreja ja lääkäreitä. ”Prosessi, joka alkoi tuossa vaiheessa, muutti psykiatrisen terveydenhuollon kenttää”, Anttinen ajattelee. Psykoterapeuttisen näkemyksen

---

<sup>224</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>225</sup> Anttisen 2003.

<sup>226</sup> Suomen lääkärit 1992; Anttisen haastattelu.

<sup>227</sup> Shorter 2005; Hyvönen 2008, 198; Kaarninen & Kaarninen 1990, 191.

ehkä keskeinen anti oli hoitosuhteeseen huomion kiinnittäminen aiemman enemmän mekaanisluonteisten hoitotapojen sijaan.<sup>228</sup>

Anttinen itse kuului niihin psykiatreihin<sup>229</sup>, jotka eivät psykoanalyysia koskaan käyneet läpi. ”Kyllä minä suhtaudun psykoanalyttisen tutkimuksen antamaan tietoon hyvin arvostaen, vaikka ihan kaikkeen minulla on ollut vaikea uskoa.” Hänen suhde psykoanalyysiin oli samankaltainen kuin hänen vanhemman kollegansa Asser Stenbäckin, joka vuonna 1976 esitti arvostavansa sen humanisuutta edistävää puolta, mutta suhtautui skeptisemmin sen tieteelliseen perustaan.<sup>230</sup>

Martti Kailan, joka toimi Lapinlahden sairaalan ylilääkärinä sekä Helsingin yliopiston psykiatrian ja neurologian professorina vuosina 1948–1967, merkitystä suomalaisessa psykiatrian historiassa ovat korostaneet monet muut samaan aikaan Anttisen kanssa erikoistuneet psykiatrit. Erityisen merkityksellistä oli Kailan vaikutuksesta muodostunut humaani, vapaamielinen ja rohkaiseva ilmapiiri, jossa voitiin avoimesti keskustella psykiatrian eri suuntauksista. Kailan laaja-alaisuus ja keskusteleavuus eivät välttämättä ole yllättäviä piirteitä. Hänen veljensä oli kansainvälisesti tunnettu filosofi ja psykologi Eino Kaila. Martti Kailan vierailu Amerikan Yhdysvalloissa Cincinnatin yliopistossa vuonna 1951 sai hänet mitä ilmeisimmin suhtautumaan psykodynaamiseen ajattelutapaan ja oppilaidensa tutkimuksiin tämän ajatustavan alalta suopeasti ja tukea antavasti.<sup>231</sup>

Lapinlahden liberaaliudelle oli kuitenkin rajansa, kuten Lari Rauhala sai huomata. Martti Kaila tyrmäsi 1950-luvulla Rauhalan idean tutkia psykoosista kärsivien ihmisten elämäntilannetta toteamalla, että ”skitsofrenia on sairaus ja sairauksia tutkivat lääkärit.” Rauhala toimi Nikkilän sairaalassa vuosina 1949–1955 psykologina, ja oli vakuuttunut, että sairaalakeskeisyys ja sairausajattelu eivät soveltuneet psykoottisten ihmisten ongelmiin, vaan olisi nimenomaan selvitettävä heidän sen hetkistä elämäntilannettaan ja kokemuksiaan.<sup>232</sup> Rauhalan tapaus on kiinnostava, koska se antaa viitteen siitä, että suomalaisten mielenterveystyötä tekevien joukossa on voinut olla useita mielisairaiden hoidosta ja kuntoutumisen mahdollisuuksista modernilla tavalla ajattelevia. Heidän näkemyksensä ja innostuksensa ei vain koskaan päässyt instituutioiden jäykkyyden johdosta näkyviin. Edward W. Lybeck<sup>233</sup> oli tässä ehkä jonkinlainen poikkeus mielenterveyspalvelujen historian eräässä taitekohdassa, kun hän pääsi kokeilemaan lopulta

<sup>228</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen 1991, 137–138; Achté 1991, 153; Kaarninen & Kaarninen 1990, 191.

<sup>229</sup> Suomessa valmistuttiin Anttisen erikoistumisen aikaan hermo- ja mielilääkäreiksi.

<sup>230</sup> Anttisen haastattelu; Stenbäck 1976, 58.

<sup>231</sup> Alanen 1983, 51; Achté 2004; Achté 1999, 84–87.

<sup>232</sup> Puhakainen 2001, 27.

<sup>233</sup> Katso edellä käsitelty luku perhehoidosta.

epäonnistunutta perhehoitosiirtolamalliaan. Samaan myös viittaa luvussa 4.8 esiin tuleva Leena Salmijärven tapaus, jossa – historian oikkujen ansiosta – sai alkunsa uusi menestyksekkäs mielenterveyspalvelujen muoto Suomessa.

Lapinlahdessa 1950-luvulle tultaessa olivat potilaat pääasiassa akuuttivaiheen potilaita. Anttinen kuitenkin koki, että kuntoutuspuolta olisi saanut pitää enemmän esillä:

*Se jäi minusta liian vähälle siinä mielessä, että koulutukseen olisi pitänyt saada liitettyä enemmän rehabilitaatioajatusta. Minulla oli semmoinen tunne jo silloin, koska minä olin koko ajan samaan aikaan Aivovammasairaalassa. Kyllä siellä puhuttiin näistä asioista ja nähtiin, että ihmisellä pitäisi olla pitkäjänteisempi mahdollisuus hoitosuhteen jatkuvuuteen varsinaisen sairautensa jälkeen.*<sup>234</sup>

Maailman terveysjärjestö (WHO) vuonna 1953 valmistuneessa raportissaan kritisoi aikansa mielisairaalahoitoon painottamista sen viedessä huomiota ja resursseja ehkäisevän- ja avohoitojärjestelmän kehitykseltä. Anttinen muistaa, että myös näistä WHO:n esittämistä näkemyksistä keskusteltiin Lapinlahdessa. Lapinlahdella käytiinkin keskustelua laitostumisesta jo 1950-luvulla. 1960-luvulla oli jo hyvin voimakkaasti pyrkimyksiä, että laitostumisesta pitäisi päästä irti ja potilaiden päästä avohoidon puolella. Lapinlahdessa koulutetut psykiatrit sitten veivät ajattelutapansa toimipaikkoihin, joihin menivät erikoistuttuaan Lapinlahden sairaalassa. Esimerkiksi Moisio sairaalassa, jossa Reino Elosuon johdolla alettiin siirtää laitostuneita potilaita kuntoutuksen jälkeen avohoitoon, saatiin rohkaisevia tuloksia. Elosuo laatikin aiheesta vuonna 1966 uraa uurtavan väitöskirjan skitsofreniaa sairastavien kuntoutuksesta.<sup>235</sup>

Huomattava osa Lapinlahden sairaalan lääkäreistä toimi myös Sotainvalidien Aivovammaisten Kuntoutuslaitoksen lääkäreinä ja siellä he Anttisen kokemuksen mukaan oppivat ajattelemaan kuntoutuskysymyksiä ”integratiiviselta” pohjalta, millä hän tarkoitti biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen näkökulman yhteisvaikutusta.<sup>236</sup>

Anttisen tieteellinen julkaisutoiminta ennen Pitkäniemen aikaa ja vielä osittain sen aikana keskittyi neurologisiin tutkimusraportteihin. Hänen vuoden 1960 väitöskirjansa *On the Apoplectic Conditions Occuring Among Brain Injured Veterans* perustui Aivovammasairaalassa tehtyyn

---

<sup>234</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>235</sup> Anttisen haastattelu; WHO 1953; Achté 1991, 185.

<sup>236</sup> Anttisen haastattelu; Achté 1999, 197.

tutkimustyöhön. Anttinen toimi erikoistumisensa jälkeen pitkään neurologina enemmän kuin psykiatrina, koska hän oli neurologi Eero Hillbomin pyynnöstä hakenut apulaisylilääkärin virkaa Sotainvalidien Veljesliiton Aivovammaisten Hoito- ja Tutkimuslaitoksesta, jossa Hillbom itse toimi ylilääkärinä.<sup>237</sup>

---

Aivovammasairaalan kokemusten myötä Anttisen ajattelutapaan kiteytyi tarve olla yhteistyössä sairastuneen ja tämän perheen kanssa, pyrkimällä olemaan heidän keskinäisen vuorovaikutuksensa tukijana ja kehittäjänä:<sup>238</sup>

---

*Se on vaikuttanut paljon minun sosiaalipsykiatriseen ajattelutapaan ja myös siihen, että olen aika suuressa määrin koko ammattini harjoittamisen ajan ollut kiinnostunut pitkäaikaissairauksista ja niistä kuntoutumisesta. Olihan se sotainvalidien vamma pysyvä, joka ei kuitenkaan merkinnyt sitä, että ne vaikeudet, jotka siitä seurasivat, olisivat välttämättä kaikissa suhteissa pysyviä. Ihminen oppii kuntoutumisensa tiellä käyttämään tavallaan uusia reservivoimia, mitä hänellä on myös aivokapasiteetissa.*<sup>239</sup>

---

Eero Hillbomin ja samassa sairaalassa neuropsykologina toimineen Niilo Mäen<sup>240</sup> ajattelutavoilla oli ratkaiseva vaikutus siihen, että lähiomaisten tuki aivovamman saaneelle tuottaa hyviä kuntouttavia tuloksia. Tästä ei ollut pitkää hyppyä ajatukseen siitä, että psykiatrisista sairauksista kärsivien lähiomaisten tukeminen yhtä lailla olisi kuntoutuksen kannalta hyödyllistä. Anttinen kertoi haastattelussa Hillbomin ja Mäen merkityksestä hänen psykiatriseen ajatteluunsa:

*Nämä kaksi ihmistä oli merkittäviä minulle siellä Aivovammaisten hoito- ja tutkimuslaitoksessa. Ja he opettivat paljon. Ehkä kaikkein merkityksellisin vaikutus minun myöhempään ammatilliseen toimintaani oli sillä, että mikä merkitys vaikeasti sairaalle taikka vaikeasti vammautuneelle ihmiselle on perheellä. Ja mikä merkitys tällä vaikeasti vammautuneella ihmisellä on perheelle. Verkoston toimivuuden tärkeys tuli erinomaisen selvästi esille sotainvalidien kohdalla, koska he olivat vammoittuneet nuorella iällä... Ja siinä ehkä juuri Hillbomin ja Mäen näkemykset olivat niin arvokkaita, että he osasivat nähdä miten suuriarvosta oli se, että vaikeasti vammoittuneella*

---

<sup>237</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>238</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>239</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>240</sup> Niilo Mäki toimi 1950-luvulla Mielenterveyden Maailmanliiton varapuheenjohtajana ja presidenttinä. Achte et.al. 1989, 174.

*ihmisellä on lähellänsä tukea antamassa ja eteenpäin kannustamassa ja eteenpäin rohkaisemassa esimerkiksi hyvä vaimo tai äiti tai isä taikka koko perhe, joka pystyi tällaiseen toimintaan.*<sup>241</sup>

---

Lapinlahden sairaala ja Aivovammasairaala olivat 1950-luvulla avaininstituutioita, joissa uudet psykiatriset ajatukset pääsivät esille sekä avoimen keskustelun että käytännön havaintojen kautta. Niistä uudet näkemykset sitten levisivät muualle siellä koulutettujen lääkärien alkaessa saada virkoja ympäri Suomea. Hyvösen mukaan Aivovammasairaallalla on ollut osaltaan uurtamassa uraa yhteisöllisesti suuntautuneelle psykiatrian tutkimukselle.<sup>242</sup>

---

## 4.2 Erik Anttisen Pitkäniemeen tulo

41-vuotiaan Anttisen saavuttua Pitkäniemen sairaalan ylilääkärin virkaan aiemmasta radikaalisti poikkeava sairaalakulttuuri alkoi nopeasti voittaa alaa. Uuden johtajan myötä hoitolinjaukset odotetustikin muuttuvat, mutta nyt ne muuttuivat lähes totaalisesti. Perspektiiviä antaa se huomionarvoinen seikka, että Anttisen edeltäjä Ilmari Kalpa oli ottanut vastaan ensimmäisen tehtävänsä Pitkäniemessä Anttisen synnyinvuonna 1922 ja myöhemmin toiminut Pitkäniemen sairaalan ylilääkärinä aina vuodesta 1929 vuoteen 1963 saakka. Pitkäniemen folkloressa puhutaankin Kalvan ajasta, Anttisen ajasta ja TAYS:in ajasta.<sup>243</sup>

---

Jo vuoden 1963 toimintakertomukseen Anttinen oli kirjoittanut selvänä linjauksena Kalvan ajasta poikkeavan lähtökohdan mielisairaanhoidossa:

*Psykiatrinen hoitotyö tarvitsee hyvin varustetun sairaalajärjestelmän lisäksi tehokkaan avohoidon organisaation. Voidaan sanoa, että keskusmielisairaala ei kykene kunnolla toimimaan ilman hyvin järjestettyä avohoitoa ja että avohoito ei kykene saamaan kunnollisia tuloksia ilman tukenaan olevaa hyvin varustettua keskusmielisairaala.*<sup>244</sup>

---

Sairaalahoito itsessään ei tässä virallisessa dokumentissa kyseenalaistu eikä Anttinen sitä myöhemminkään kyseenalaistanut. Esimerkiksi vuonna 1985 Duodecimissa julkaistussa Anttisen

---

<sup>241</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>242</sup> Hyvönen 208, 203.

<sup>243</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 236; Tuomo Nenosen haastattelu.

<sup>244</sup> Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1963.



artikkelissa sairaalahoidon asettuu edelleen yhdeksi mielisairaanhoidon osaksi.<sup>245</sup> Suomessa 1960-luvulla avainhenkilöiksi päätyneet psykiatrit eivät omaksuneet samankaltaista radikaalia psykiatrista reformi-ideologiaa, kuin kollegansa<sup>246</sup> Italiasta. He näyttävät olleen käytännönläheisiä reformisteja, avohoidollisen ajattelutavan, hoito-optimismin ja siihen liittyvän kuntouttavan hoidon olleen jonkinlaisina johtotähtinä uudistushankkeissa. Fussingerin mukaan reformistiset psykiatrit suhtautuivat biologisiin hoitoihin hyvin positiivisesti, vaikka olivatkin alun perin omaksuneet sosiaaliset ja psykologiset näkökulmat 1940- ja 1950-luvuilla.<sup>247</sup> Fussingerin analyysistä poiketen suomalaiset reformistiset psykiatrit olivat usein saaneet koulutuksen myös neurologian alalla erityisesti Aivovammasairaalassa.

Mielisairaanhoidossa tapahtui moniammatillistuminen 1950-luvulla. Kuvioihin tulivat mukaan psykologit, sosiaalityöntekijät, neurotieteilijät, lääkevalmistajat, pedagogit, oma-apuryhmät ja omaiset. 1950-luvulla reformistiset psykiatrit tuomitsivat mielisairaaloiden epäterapeuttisena pitämänsä hierarkkisuuden. Tämä ajatus tarkoitti eri ammattiryhmien välisen sekä ammattiryhmien ja potilaiden välisen demokraattisuuden vaatimusta. Demokraattisuuden vaatimus tarkoitti ylhäältä alas -suhteen muuttamista horisontaaliseksi, että niin potilailla, kuin henkilökunnan eri ryhmillä olisi oikeus tulla kuulluksi ja vakavasti otettavaksi. Tähän liittyi aidon yhteisöhengen luominen ja perinteisen hierarkkisen kulttuurin häivyttäminen.<sup>248</sup> Nämä kuvatut piirteet tulivat näkymään myös Pitkäniemessä Anttisen sinne tultua.

Vertailevan historian tutkimuksen kannalta psykiatria avaa kautta historiansa näkymiä samanaikaisista kehityskuluista eri paikoissa. 1960-luku oli yleisesti muutoksen aikaa psykiatrisessa hoidossa. Erinomainen vertailukohta Pitkäniemeen löytyy Englannista Essexissä sijainneesta Severallsin psykiatrisesta sairaalasta. Samoin kuin Pitkäniemi myös Severalls oli maalaissairaala, tosin potilaspetimäärältään kaksi kertaa suurempi. Regional Board (vastasi kuntainyhtymän liittohallitusta) valitsi 37-vuotiaan Russell Bartonin vuonna 1960 johtamaan laitosta, koska he oletettavasti halusivat jonkun, jolla olisi intoa ja kykyä uudistaa sairaalaa ja hoitokulttuuria. Barton oli tunnettu vuotta aiemmin julkaisemastaan teoksesta *Institutional Neurosis*, jossa hän väitti, että mielisairaalassa laitostuminen oli jopa niin vaikeaa, että se aiheutti mielisairautta. Englannissa psykiatrisesta sairaanhoidosta oli käyty läpi 1950-luvun tunteikastakin keskustelua ammattilehdissä

---

<sup>245</sup> Anttinen 1985, 1634

<sup>246</sup> Markku Salo kirjoittaa vuonna 1996 julkaistussa kirjassaan Sietämisestä solidaarisuuteen ihailen tästä Italiassa karismaattisen Franco Basaglian johdolla 1970-luvulla alkaneesta mielisairaaloiden sulkemisesta.

<sup>247</sup> Fussinger 2011, 157.

<sup>248</sup> Eghigian 2011, 205; Fussinger 2011, 149–150.

ja se oli saanut myös julkisuudessa voimakasta kritiikkiä osakseen. Severallsin sairaalan miljöö oli lähtökohtaisesti suljetumpi, kuin Pitkäniemen Anttisen sinne tullessa, mutta lähes kaikki samat uudistukset, joita Anttinen toteutti Pitkäniemessä, myös Barton toteutti Severallsin sairaalassa. Tavoitteena kummassakin oli edesauttaa potilaiden paluuta yhteisöihinsä.<sup>249</sup>

Näyttäisi siltä, että Severallsin sairaalan konservatiivinen työilmapiiri ja Bartonin tapa tehdä uudistuksia aiheutti voimakkaampaa vastustusta, kuin Pitkäniemessä.<sup>250</sup> Anttiselle luonteenomainen tapa suhtautua työtovereihinsa tasavertaisesti, hänen diplomaattisuutensa sekä tietoinen pyrkimys luoda hyvää yhteishenkeä henkilökunnan keskuuteen vaikuttivat Pitkäniemessä nopeaan työilmapiirin muuttumiseen.

Anttinen päätti hakea ylilääkärin virkaa Pitkäniemestä isänsä ehdotuksesta. Maaseudulla oli pulaa psykiatreista. Sairaala-alueen luonto sekä elämänrytmiltään kiireettömämpi ympäristö helpottivat nekin päätöksen tekoa. Virkaan hänet myös valittiin. Valintaan vaikutti Anttisen kertoman mukaan se, että hän oli hiljan väitellyt, asia, joka mahdollisti opetussairaaloiminnan. Anttisen aikana Pitkäniemen sairaalassa annettiin erikoistumiskoulutuksesta suurin osa aina vuoteen 1964, jolloin Anttinen sai dosentuurin Turun yliopistoon, minkä jälkeen erikoistumisen pystyi suorittaman Pitkäniemessä kokonaisuudessaan. Anttinen koki, että opetussairaalan ansiosta myös lääkärinvirkoihin oli saatavilla tulijoita, kun aiemmin oli ollut vaikeuksia lääkäreiden saannissa.<sup>251</sup>

Kalpa kuoli keväällä 1963 ja Anttinen aloitti työt Pitkäniemessä saman vuoden syyskuussa. Kalpaa hän ei ehtinyt siellä tavata ja ennakkotakin tunsipaikkaa vain toisen käden tietojen perusteella. Sairaala-alueeseen Anttinen oli kuitenkin ehtinyt käydä tutustumassa kyseisen vuoden kesäkuussa. Vaikka joitain osastorakennuksista oli remontoitu ja osa potilashuoneista oli viihtyisiä, niin Anttinen havaitsi heti myös selviä puutteita, joita ylilääkärinä sitten ryhtyi korjaamaan.<sup>252</sup>

*Suurin osa osastorakennuksista oli vielä valtion omistuksen jäljiltä kurjassa kunnossa. Maalit tippuivat seiniltä, koleat massalattiat halkeilivat, potilassalit olivat suuria ja epäviihtyisiä, potilaspaikkoja oli osastoilla vaihdellen 45:stä 70:een saakka... Etenkin suljetut osastot ahdistivat*

---

<sup>249</sup> Gittins 1998, 67–70.

<sup>250</sup> Gittins 1998, 70–75.

<sup>251</sup> Anttisen haastattelu; Anttisen puhe Pitkäniemessä 18.5.1995; Kaarninen & Kaarninen 1990, 186.

<sup>252</sup> Anttinen 2000, 73–74; Anttisen puhe Pitkäniemessä 18.5.1995; Anttisen haastattelu.

*tunnelmaltaan ja levottomuudellaan. Huomattavassa osassa niistä ei ollut esimerkiksi kelloja tai peilejä.*<sup>253</sup>  
—

Potilassalit eivät sallineet intimitteettiä ja potilaiden vaatteet olivat ankean harmaat. Myös lääkärikunnan työtaakka oli raskas, virkoja oli liian vähän ja niistäkään kaikki eivät olleet miehitettyjä. Yksilölliselle hoidolle ei jäänyt aikaa sairaalassa, jossa oli 760 potilaspaikkaa. Sairaalan seitsemästä lääkärin virasta oli laillistettujen lääkäreitten täyttämiä sillä hetkellä viisi, joista kolme oli kesälomalla ja yksi opintojaan täydentämässä Helsingissä. Täyttämättömät virat samoin kuin kesälomasijaisuudet olivat kandidaattien hoidossa.<sup>254</sup>  
—

Pauli Poutanen, joka myöhemmin tuli erikoistumaan Pitkäniemeen ajattelee, että ennen Anttista hoitokulttuuri oli ollut säilyttävää ja hallintojärjestelmä hyvin hierarkkinen. Aiemmin potilaat olivat enemmänkin esineellistetty ja tärkeänä oli pidetty sitä, että osastolla säilyy kuri, järjestys ja kaikki toimii sujuvasti. Osastonhoitaja oli ollut 1960–70-luvulla se, joka määräsi osaston hengen. Lääkäri kävi katsomassa sisäänkirjoitettavat ja uloskirjoitettavat potilaat sekä kirjoitti reseptit. Lääkärin rooli ei siten ollut erityisen suuri ja hänen päätöksensä perustuikin paljon toisen käden tietoon, siihen mitä hoitaja oli potilaasta kertonut ja mitä hän oli suositellut. Poutanen katsookin, että<sup>255</sup>  
—

*Anttisen yks rooli mielisairaanhoidossa on ollut se, että vastuullistetaan koko hoitavahenkilökunta ja arvostetaan heidän mielipiteitä ja korostetaan heidän velvollisuutta kohdella potilasta ihmisenä.*<sup>256</sup>  
—

Hoitoajat olivat olleet ensikertaa sairaalaan joutuvalla potilaalla 3–4 kuukautta. Huomattava osa potilaista oli pitkäaikaispotilaita, jotka olivat olleet vuosia ja jotkut heistä jopa vuosikymmeniä sairaalassa. Muutos siitä tuli olemaan näyttävä.<sup>257</sup>  
—

---

<sup>253</sup> Anttinen 2000, 73–74.

<sup>254</sup> Anttinen 2000, 73; Anttisen haastattelu.

<sup>255</sup> Poutasen haastattelu.

<sup>256</sup> Poutasen haastattelu.

<sup>257</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990. Myös muissa mielisairaaloissa alkoi tapahtua vastaavaa muutosta. Syynä tähän varmasti on osittain lääkärikunnan lisääminen ja lääkkeiden jatkuva kehitys, mutta merkittävinä syinä ovat myös avohoidon ja terapeuttien yhteisöjen mallin soveltaminen ja niihin liittyvien hoito-optimismin ja ympäristötekijöiden huomioon ottaminen sekä edelleen näihin uusiin malleihin liittyvä muun henkilökunnan koulutus.

### 4.3 Avohoidon organisaation kehitys Pitkäniemessä ja uusi hoitolinjaus

Vuoden 1952 mielisairaslain mukaan jokaisessa mielisairaanhoitopiirissä tuli olla vähintään yksi huoltotoimisto avohoidon järjestämistä ja psyykkisten sairauksien ehkäisemistä varten. Ensimmäiset laissa määritellyt huoltotoimistot saatiin vuonna 1956, mutta vasta 1960-luvulla niitä ryhdyttiin perustamaan enemmän.<sup>258</sup>

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin ensimmäinen huoltotoimisto alkoi toimia Pitkäniemessä 1.9.1959. Vuonna 1963 perustettiin neljä sivuvastaanottoa eri puolille Pirkanmaata, Tampere sai oman huoltotoimistonsa<sup>259</sup> vuonna 1964, kolmas huoltotoimistotoimisto perustettiin vuonna 1968 ja vielä toinen toimisto Tampereelle vuonna 1969. Vuoden 1972 alussa keskitettiin avohoitotoimintaa perustamalla Tampereelle mielenterveysasema ja saatiin vielä kaksi uutta mielenterveyskeskusta. Avohoitoa varten perustettiin oma avohoidon ylilääkärin virka ja vielä johtava psykologi ja apulaisylivoimittaja. Toiminta vakiintui organisaatiouudistuksen jälkeen ja laadullisen kehittämisen tehostui.<sup>260</sup>

Huoltotoimiston tehtäviin kuului piirin mielisairaanhuoltolaitosten tarkastukset, pitää kortistoa mielisairaista ja vajaamielisistä. Vuonna 1961 aloitettiin opetus- ja valistustoiminta eri ammattiryhmille. 1960-luvun puolivälistä lähtien voitiin toimistojen ansiosta osa aikaisemmin sairaalahoitoa tarvinneista skitsofreniapotilaista hoitaa sairaalan ulkopuolella. 1970-luvulla ne keskittyivät potilaiden jälkihoitoon. Järjestettiin lääkehoitoa, sosiaalipsykologista tukemista, terapeuttisia keskusteluja sekä sosiaalista ja ammatillista kuntoutusta. Uusi kuntouttavaa avohoitoa tarjoava Sopimusvuori yhdistys, josta enemmän myöhemmin lisää, perustettiin vuonna 1970.<sup>261</sup>

Anttisen tullessa ylilääkäriksi yksi vakavin ja akuutein ongelma oli useiden kuukausien pituisiksi venyneet jonot, joissa oli M III-lähetteen saaneita potilaita eli hoitoon määrättyjä ihmisiä. Sairaalapaikat tyhjenivät hitaammin, kuin jonot kasvoivat. Kalpa oli suunnitellut ongelman ratkaisuksi nostavansa potilaspaikkoja 765:stä 810–900:aan. Lapinlahden- ja Aivovammasairaalan oppien ja kokemusten ansiosta sekä avohoidollisia ajattelutapoja omaksuneena Anttinen hylkäsi Kalvan lähtökohdan. Säilyttävän ja hoitavan laitoksen rinnalle ja tilalle oli tarkoitus saada monipuolinen potilaiden yksilöllisiä ongelmia ja kuntoutuspotentiaaleja huomioiva järjestelmä.

<sup>258</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 211.

<sup>259</sup> Nimi muutettiin mielenterveystoimistoksi vuonna 1964.

<sup>260</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 211–212, 216–217.

<sup>261</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 214–216, 218.

Tavoitteena tuli olla potilaiden kuntoutus takaisin yhteiskuntaan, ulos sairaalasta. Tältä pohjalta hoito- ja kuntoutusmuotoja alettiin kehitellä ja keksiä.<sup>262</sup>

---

Anttinen katsoi, että uuden hoitolinjan läpivieminen sairaalan hoitokulttuuriin edellytti Kalvan aikana kasvaneen hierarkkisen kulttuurin hävittämistä ja yhdessä tekemisen hengen vaalimista.<sup>263</sup>

---

Kuvaavana esimerkkinä entisen sairaalaympäristön yksilöllisyyttä tukahduttaneesta piirteestä Anttinen huomauttaa leikkimielisesti, että ”minä lopetin naisten alushousujen luukkupöksyt täällä. Sen minä pidän ansiona. Ihmiset olivat niin kuin yhteen muottiin valettuja”. Keskeisenä linjauksena oli alusta lähtien saada hoitomuodot palvelemaan yksilöllisemmin potilaiden tarpeita. Siinä missä miljööseikat oli saatava uudistettua, myös Pitkäniemessä jo sovelletut terapiamuodot tuli saada ajanmukaisiksi. Toimintaterapia oli yksi keskeinen tällainen hoitomuoto, jota oli harrastettu Pitkäniemessä vuosikymmenet. Nyt kuitenkin alettiin kartoittaa, että kenelle mikäkin parhaiten voisi sopia. Osastomiljöön saattaminen potilaan kuntoutusta palvelevaksi oli toinen merkittävä konkreettinen hoidolliseen puolueen vaikuttanut uudistushanke.<sup>264</sup>

---

Yksilöllisyys, perheen mukaan ottaminen ja tukeminen, elämässä selviämisen valmiuksiin huomion kiinnittäminen ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen avopuolella olivat keskeiset piirteet uudessa hoitolinjauksessa. Niiden perustana oli optimistinen hoitokäsitys, näkemys siitä, että sairastunut selviää oikein kohdennetun tuen avulla, kun hän palaa takaisin omaan elinympäristöönsä. Ylihoitajaksi tullut Raija Lehtimäki koki, että ”hoitopessimismin pois kitkeminen vaati paljon voimia ja aikaa.” Lehtimäki uskoo, että uuden hoitolinjan läpiviemistä helpottivat Anttisen päämäärätietoisuus ja ihmisläheisyys. Pitkäniemessä siirryttiinkin nopeassa tahdissa uuteen hoito- ja sairaalakulttuuriin.<sup>265</sup>

---

Paljon asioita piti hoitaa niin pian kuin mahdollista. Laajojen saneeraustöiden loppuun saattamista oli jo kauan odotettu. Myös neurologisiin<sup>266</sup> tapauksiin keskittynyt avohoidollinen vastaanotto-osaston perustaminen oli kiireellinen ja sellainen saatiinkin vuonna 1964. Välttämätöntä oli

---

<sup>262</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen 2000, 75; Kaarninen & Kaarninen 1990, 198.

<sup>263</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>264</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>265</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>266</sup> Tampereen keskussairaalaan perustettiin neurologinen osasto vasta vuonna 1972 ja yleissairaalapsykiatrinen osasto 1977. Kaarninen & Kaarninen 1990, 205.

lisävirkojen hankkiminen ja eri hoitojen indikaatioiden tarkistaminen. Esimerkiksi insuliinihoito jätettiin melko pian kokonaan pois.<sup>267</sup>

Lastenpsykiatrinen osasto tarvitsi myös tehostusta. Pitkäniemeen oli perustettu Suomen ensimmäinen lastenpsykiatrinen osasto jo vuonna 1927 vuosina 1925–1929 Pitkäniemessä toimineen ylilääkärin Väinö Mäkelän aloitteesta. Anttinen katsoi tarkoituksenmukaiseksi hoitaa kuntoon sairastuneiden lasten opintovelvollisuuksien loppuun saattaminen. Aiemmin koulutus oli ollut vain alkeita antavaa. Jotkut lapset saattoivat joutua viettämään jopa vuosia sairaalassa. Oppivelvollisuuteen vakavasti suhtautuminen kuvastaa Anttisen kuntoutusajattelua, koska peruskoulutuksen puuttuminen olisi ollut onneton lähtökohta oman paikkansa löytämiseen yhteiskunnassa.<sup>268</sup>

Shokkihoidoista insuliini- ja sähköshokkihoito olivat Pitkäniemessä käytössä laajasti vielä vuonna 1963. Insuliinihoidot olivat tulleet Pitkäniemeen vuonna 1937 ja ensimmäinen ”sähkökouristuskoje” hankittiin 1943. Kalpa oli esittänyt vuonna 1951 ”aivokirurgiaan kohdistuneiden kojeiden ja instrumenttien” hankkimista sairaalalle, mutta koska siihen tarkoitukseen pohdittua osastoa ei ollut saatu kuntoon, aikeesta oli luovuttava.<sup>269</sup> Anttisen tultua Pitkäniemeen insuliinihoito lopetettiin pian. Kuten useiden muidenkin hylättyjen hoitokeinojen kohdalla kylpyhoidoista sähköhoitoihin<sup>270</sup>, myös insuliinihoidon vaikutus nähdään nykyään aivan muista syistä johtuvaksi kuin alkuperäinen teoria oletti:<sup>271</sup>

*Monet samalla tavalla minun kanssa ajattelevat ovat sitä mieltä, että tämä tulos ei ole sen insuliinin ansiota eikä välttämättä sen koomankaan ansiota, vaan enemmän sen ansiota, että tämä insuliinihoito edellyttää hoitavan henkilön ja potilaan toisilleen läheisenä olemista. Sitten kun herätään siitä koomasta, niin siinä on hoitaja, joka pyyhkii hikeä kasvoilta ja pitää kädestä kiinni ja juttelee ja on rauhoittava ja kuuntelee. Minä luulen, että tämä on se vaikuttava tekijä.*<sup>272</sup>

<sup>267</sup> Anttisen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 204.

<sup>268</sup> Anttisen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 98–99.

<sup>269</sup> Hämeenlinnan maakunta-arkisto, Pitkäniemen sairaalan arkisto, ylilääkärille saapuneet ja lähteneet kirjeet, Pitkäniemen sairaalan kirjeluonnokset 1952 I, Ehdotus Pitkäniemen sairaalan vuoden 1953 perushankintaohjelmaksi.

<sup>270</sup> Ei tule sekoittaa sähköshokkihoitoon, vaan kyseessä on 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alussa käytetty kokeellinen hoitomuoto, jossa ei aiheutettu sähköshokkeja.

<sup>271</sup> Anttisen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 106, 110.

<sup>272</sup> Anttisen haastattelu.

sähköshokkihoitojakin alettiin käyttää hyvin rajoitetusti. Syvissä depressioissa, joihin lääkkeet eivät pureet, niitä käytettiin edelleen. Potilaat sanoivat saaneensa siitä suuren helpotuksen. Sähköshokkihoitojen antamisessakin näkyy yksilöllisyyttä korostava Anttisen ajattelutapa.<sup>273</sup>

*Näemme ihmisiä, jotka ovat saaneet kerran elämässään muutaman sähköshokin ja sen jälkeen eivät ole enää koskaan sairastuneet depression. Meillä on paljon ihmisiä, jotka ovat toistuvasti sairastuneet depression huolimatta siitä, että heitä on hoidettu keinoilla mitä on ollut käytettävissä. Se alttius on niin erilainen, yksilöllisyys on niin suuri tekijä tämmöisissä asioissa. Sen takia pitäisi hoitojärjestelmien kehittyä sillä tavalla, että ihminen voitaisiin ottaa mahdollisimman paljon yksilönä huomioon, mutta samalla ymmärtää hänen suhteensa ympäristöön.*<sup>274</sup>

Ihmisen yksilöllisen alttiuden ja hänen suhteensa ympäristöön merkityksen ymmärtäminen olivat kaksi perustavaa lähtökohtaa sairastuneen hoidossa. Näiden periaatteiden kautta tarkasteltuna hyvä psykiatrinen hoito vaatii paljon henkilökunnalta. Kontrastia tälle Anttisen asettamalle tavoitteelle antaa Pauli Poutasen<sup>275</sup> kokemus, kun hän pääsi Seinäjoen Törnävän sairaalaan töihin keväällä 1962. Ensimmäisenä työpäivänä hänelle kerrottiin vastuulleen kuuluvat osastot. Yksi niistä oli miesten suljettu osasto:

*Siellä on sähköhoitapäivä... Siellä on vähän yli 40-paikkainen osasto... Ja annetaan 15 potilaalle sähköshokkihoito, jota mää en ollut ikinä nähnyt enkä ees sitä konettakaan nähny ennen. Siitä vaan sitten ruvettiin. Ei minkäänlaista perehdyttämistä.*<sup>276</sup>

Tällaiseen mekaaniseen tapaan suhtautua potilaiden hoitoon oli Ilmari Kalpa jo vuonna 1950 puuttunut Duodecimin artikkelissaan. Poutasen kokemuksen kanssa se antaa kuvaa siitä, minkälainen tilanne tosiasiallisesti oli päässyt jossain määrin muotoutumaan potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Kalpa kirjoitti jo hylätystä hoitomuodosta kokokääreistä pakkokeinona ja rangaistusmuotona, mutta huomautti tyylysti, että sähköshokkihoitoja yhtälailla annetaan heikoin lääketieteellisin perustein ja lisäsi:<sup>277</sup>

---

<sup>273</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>274</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>275</sup> Pauli Poutanen oli Anttisen oppilaana Pitkäniemessä suorittamassa erikoistumiseen vaadittua puolenvuoden neurologiajaksoa ja toimimassa siellä osastonlääkärinä vuosina 1971–73. Sen jälkeen hän oli Tampereen yliopiston lääketieteenlaitoksella samaan aikaan Anttisen kanssa ja myöhemmin 1980-luvun lopulta Pitkäniemien sairaalan johtavana ylilääkärinä. Poutasen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 236.

<sup>276</sup> Poutasen haastattelu.

<sup>277</sup> Kalpa 1950, 395–396.

*tuntuu siltä, että melko usein on ainoana hoidon antamisen perusteena epämääräinen käsitys siitä, että luullaan sähköshokin ”tekevän hyvää”. Varmaan on myös tapauksia, jolloin sähköshokin antamisella on täydelleen rangaistustoimenpiteen luonne.*<sup>278</sup>

---

Samassa artikkelissa Kalpa osoittaa kritiikkinsä myös lääkehoitoa – tämä oli aikaa ennen klooripromatsiinia – kohtaan toteamalla suorasukaisesti, että ”kemiallisesta pakkopaidasta ei puhuta suinkaan syyttä.”<sup>279</sup>

---

Anttinen laittoi suuren arvon lääkehoidon kehitykselle, mutta heti vuoden 1963 syyskuussa kiinnitti huomiota siihen, että sairaalassa oli potilaita, joilla oli suuria klooripromatsiiniannoksia. Keskustelun jälkeen niitä pienennettiin ja todettiin, että pienemmälläkin annoksella tultiin toimeen.<sup>280</sup>

---

*Kun kerran eräässä yhteydessä vertasin näitä lääkkeitä keskimäärin Suomessa annettaviin lääkkeisiin, niin ei siinä merkittävää eroa ollut... Siinä oli vaihtelua Suomessa. Meillä oli tiettyjä alueita, joissa käytettiin meidän mielestämme liian suuria annoksia.*<sup>281</sup>

---

Potilaan kohtaamisen suhteen Pitkäniemessä ”Kalpa oli ollut autoritäärinen ja hänen päätöksensä olivat kyllä vähän niin kuin Jumalan sanaa myös siinä suhteessa, että päästetäänkö potilas kotiin.”<sup>282</sup> Anttinen kuvaa kokemuksensa perusteella nyt autoritäärisestä asenteesta vapaan hoitosuhteen vaikutusta hoidon tuloksellisuuteen:

*Mitä enemmän hoitomuodot alkoivat sisältää henkilökohtaista kanssakäymistä, potilaan kuulemista ja hänen kanssaan asioiden pohtimista yhdistettynä nimenomaan yhdessä sovittuun lääkehoitoon, niin ihan selvästi potilaiden suhtautuminen tuli luottavaisemmaksi ja paremmaksi. Mitä enemmän hoito, jossa lääkäri ylhäältä alaspäin määrää mitä pitää tehdä, muuttui yhteistoimintasuhteeksi, sitä paremmat olivat myös tulokset.*<sup>283</sup>

---

Yhteistoiminta potilaan kanssa saatiin rakennettua ja sen myötä alettiin nähdä, että hoitosuhde parhaimmillaan rakentuu kolmesta asiantuntija tahosta: hoitava taso, potilas ja potilaan omaiset tai

---

<sup>278</sup> Kalpa 1950, 395–396.

<sup>279</sup> Kalpa 1950, 397.

<sup>280</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>281</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>282</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>283</sup> Anttisen haastattelu.



perhe. Perhepsykiatrinen näkemys tuli Suomessa yhä voimakkaammin esille jo 50-luvulla ja alkoi siitä kasvaa eteenpäin ja kulminoitui siihen, että erilaiset perhedynamiikan teoriat pääsivät esiin ja perhepsykoterapeuttiset toimenpiteet valtasivat alaa.<sup>284</sup>

---

Aloitettiin hoitoneuvottelut, joissa myös lähiomainen sai tuoda oman näkemyksensä potilaan elämästä. tärkeäksi muodostuikin omaisten tukeminen ja oikean tiedon välittäminen heille. 70-luvun alusta lähtien alettiin järjestää omaisten päiviä säännöllisin väliajoin. Potilaat pääsivät enemmän kotilomille ja siihen kannustettiin. Samoin kuin – myöhemmin käsiteltävän – kotisairaanhoidonkin kohdalla, niin kotilomien suhteen oli hoitajia, jotka epäilivät potilaan pärjäämistä.<sup>285</sup>

---

Yksilöllisen hoidon keskeisenä piirteenä voidaan pitää tarpeenmukaista hoitoa, jota pyrittiin sisällyttämään Pitkäniemen hoitokulttuuriin. Kysymyksessä oli perinteiseen ja ehkä käytännössä mekaaniseenkin hoitotapaan nähden monitasoinen ajattelutapa, jonka toteuttaminen vaati paljon henkilökunnalta. Tarpeenmukainen hoito on tavallaan räätälöityä hoitoa, kuten Anttisen antamista esimerkeistä voi päätellä:

*Meillä on varmasti olemassa skitsofreenista psykoosia sairastavia ihmisiä, jotka hyötyvät parhaiten yhdistelmähoidolla: psykoosilääkitys ja supportiivinen psykoterapia. Mutta sitten meillä on ihmisiä, jotka tarvitsisivat varmaan muunlaista, psykoedukatiivista psykoterapiaa, että oppisivat elämään ja ajattelemaan uudella tavalla ja katsomaan asioita uudesta näkökulmasta. Ja sitten meillä on olemassa sellaisia, jotka eniten hyötyisivät behavioraalisesta psykoterapiasta, käyttäytymisterapiasta.*<sup>286</sup>

---

Henkilökuntakoulutustilaisuuksista ja keskiviikkomeetingeissä pyrittiin välittämään integroitua hoitoa henkilökunnalle. Oli kuitenkin henkilöitä, jotka näkivät psykiatrian kapea-alaisempana asiana. Anttinen sanoo suoraan integroidusta hoidosta, että ”ei se ihan kaikkia tavoittanut, käytännötyössä varsinkaan, koska se vaati liian paljon monelta.”<sup>287</sup>

---

---

<sup>284</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>285</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>286</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>287</sup> Anttisen haastattelu.

”Vanhan ajan lääkärihän oli eräänlainen Jumala, joka sanoi, että nyt otetaan kamferttia niin ja niin monta tippaa ja asia on tällä selvä. Ja potilas uskoi sen, koska auktoriteetti sanoi.” Anttinen määritteli uuden tai modernin potilas-lääkärisuhteen työtoverisuhteeksi.<sup>288</sup>

---

*Että se olisi nimenomaan yhteistyösuhde, jossa tukea ja apua tarvitsevan tulisi elämyksellisesti kokea olevansa kanssaihminen... Lähimmät ihmiset... voitaisiin saada... tähän työtoveruuteen mukaan. Tämä vaatii resursseja, ajankäyttöä. Yhteistoimintaa ei voida toteuttaa viiden minuutin tai kymmenen minuutin vastaanotolla.*<sup>289</sup>

---

Tällaisen onnistuneen yhteistoiminnan seurauksena Anttinen katsoi hyvässä tapauksessa potilaan oivaltavan sairaudestaan jotain merkityksellistä, joka edelleen edesauttaisi kuntoutumisprosessia:

*Psyykkisissä[kin] sairauksissa on aina sanoma, joka liittyy siihen, että millä tavalla sairastunut ihminen on osannut suhtautua omaan elämäänsä tai kenties vuorovaikutussuhteisiinsa lähimpien ihmistensä kanssa tai kenties työhönsä tai johonkin muuhun elämän kenttään. Sanoman pitäisi tässä vuorovaikutuksellisessa hoitoprosessissa enemmän tai myöhemmin paljastua tälle potilaalle siten, että hän osaa vetää johtopäätökset elämässään ja järjestää elämänsä sen mukaan. Tämä minusta liittyy nimenomaan sosiaalipsykiatriseen sairastumisen ymmärtämiseen.*<sup>290</sup>

---

Anttisen tullessa Pitkäniemeeseen, potilaat söivät etenkin vaikeimmilla osastoilla vain lusikoilla. Potilaisiin ei luotettu, pelättiin että he vahingoittaisivat itseään veitsellä tai haarukalla. Samoin oli ollut Lapinlahden sairaalassa, kun Anttinen oli tullut sinne vuonna 1950. Siellä lautaset olivat olleet alumiinilautasia, koska niistä ei saanut teräviä sirpaleita, joilla olisi saattanut vahingoittaa jotain toista tai itseään. ”Se oli ylihuolehtivaa ja se vei vastuuta pois” Anttinen toteaa. Pitkäniemessä otettiin veitset ja haarukat käyttöön osastoilla. 1960- ja 1970-luvun taitteessa yhdeltä osastolta potilaat siirtyivät ruokailemaan henkilökunnan kanssa samaan paikkaan. Kuntoutuksen kannalta nähtiin tärkeäksi, että potilaille ei enää tuotu pöytään ruokaa, vaan he itse kävelivät henkilökunnalle suunniteltuun ruokasaliin syömään. Senkin jotkin hoitajat kokivat sopimattomana, kuten Lehtimäki kuvailee joidenkin ylihoitajalle kohdistettua protestia: ”kuinka hän sallii, että meidän ruokasaliin tulee potilaat syömään.”<sup>291</sup>

---

<sup>288</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>289</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>290</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>291</sup> Lehtimäen haastattelu; Anttisen haastattelu; Aché 1961, 501.

Lehtimäen ajattelutavan mukaan oma vaatetus ilmentää henkilön persoonaa ja kun sekin vietiin, niin ”kyllähän se psykoosi siitä vielä syvenee. Myös korut ja sormukset otettiin pois. Kyllä siinä ihminen niin riisuttiin.” Potilasunivormuista aiottiinkin päästä eroon siten, että asukokonaisuus ei erottaisi ja leimaisi potilaita heidän liikkeessaan ulkona. Anttinen muistelee, että ”Pekka Stenij kutsui mielisairaalamannekiineiksi näitä ihmisiä, joilla oli tämä potilaspuku päällä. Se oli tietynlaisesta kankaasta ja aika yhdenmukainen ja univormutyypinen. Se oli kymmeniäkin vuosia täällä Suomessa käytössä ja kaikkialla maailmassa.” Vaikka Raija Lehtimäen ylihoitajakaudella uudistuksiin tartuttiin rivakasti, niin Anttinen katsoo, että<sup>292</sup>

---

*se ajattelutapa alkoi jo Irma Niinivaaran aikana jollakin tavalla itää. Mutta Raija oli toimeksi paneva ihminen, jonka kanssa me suunniteltiin näitä radikaalimpia muutoksia näihin asusysteemeihin ja potilaitten alusvaatteisiin muun muassa... Muita käytännön asioita olivat esimerkiksi kuinka ruokapöytä katettiin. Yleisesti koetettiin saada ympäristöä viihtyisämmäksi... Esimerkiksi hedelmiä ja marjoja on ollut uuden ruokalan myötä tarjolla niin kuin kodeissa.*<sup>293</sup>

---

Periaatteena oli saada potilaiden olot mahdollisimman paljon normaalielämää vastaaviksi, mikä vaati iskostuneiden ennakkoluulojen voittamista hoitavassa henkilökunnassa. Esimerkkinä Lehtimäki mainitsee, että hallinnollisen ryhmän päätöksellä vuonna 1972 perustettu mies- ja naispotilaiden sekaosasto ei ollut vanhemmille hoitajille itsestään selvä asia:<sup>294</sup>

---

*Siinä oli kyllä epäluuloa. Muutoksen läpiviemiseen piti tehdä paljon töitä. Nämä ovat olleet sellaisia suuria asioita henkilökunnan ymmärtää saatikka hyväksyä. Mutta kyllä niistä toteutuksista tuli sitten kuitenkin käytäntö loppujen lopuksi aika piankin.*<sup>295</sup>

---

Alettiin järjestää myös potilaiden retkiä. Potilaat saattoivat nyt mennä esimerkiksi jäähalliin ja teatteriin. Ajatuksena oli, että saisivat varmuutta sairaalan ulkopuolella toimimiseen, kun sosiaaliset taidot olivat ”hukassa”. Tällaista sairaalan ulkopuolella toimista pidettiin yhtenä kuntoutuksen

---

<sup>292</sup> Lehtimäen haastattelu; Anttisen haastattelu. WHO:n raportissa esiintyneet käsitykset mielisairaanhoidosta vastaavat tässäkin kohdassa Pitkäniemeen kulkeutuneita käsityksiä: ”Another important element in the creation of this atmosphere is the *preservation of the patient's individuality*. In too many psychiatric hospitals still the patient is robbed of her personal possession, her clothes, her name and, should her head be lousy, even her hair. Every step, therefore, that can encourage the patient's self-respect and sense of identity should be taken, even at the cost of considerable inconvenience.” WHO 1953, 18.

<sup>293</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>294</sup> Lehtimäen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 199.

<sup>295</sup> Lehtimäen haastattelu.

portaana, jossa tavallaan tuotiin normaalia elämää potilaiden eteen, että he selviäisivät ehkä paremmin sitten kun lähtevät pois sairaalasta.<sup>296</sup>

#### 4.4 Hoitokulttuurin ja sairaalakulttuurin muuttaminen

Kalvan aikana sairaalassa oli ollut muutamia lääkäreitä, jotka pohdiskelivat mielisairaanhoidollisia kysymyksiä psykodynaamisten ajattelutapojen pohjalta. Sairaalan yleinen hoitolinja oli perustunut kuitenkin biologispainotteiseen käsitykseen<sup>297</sup> mielisairauksista ja hoitomuodot olivat olleet psykiatrian kehitykseen nähden konservatiivisia vielä 60-luvun alussa. Nämä vallitsevan hoitolinjan käytännöistä poikkeavasti ajatelleet edustivat modernin koulutuksen saanutta lääkärikuntaa, jonka ei ollut vaikea hyväksyä Anttisen moniulotteista mielisairauksikäsitteä ja siten moniulotteista hoitokäsitteä. Sama koulutuksellinen modernisuus koski myös erityisesti nuorempaa hoitajapolvea. Anttisen kokemusten mukaan psykodynaaminen ajattelutapa lankesi hyvään maaperään, kun sitä ryhdyttiin sairaalassa enemmän harrastamaan. Kun Anttisen ylilääkärikauden alkuvuosina saatiin uusia lääkärinvirkoja, niin niihin saatiin henkilöitä, jotka olivat kiinnostuneita yhdistämään psykodynaamista ajattelutapaa biologiseen eli käytännössä lääkehoidon käyttämiseen.<sup>298</sup>

Lääkärit, jotka olivat kiinnostuneita psykoterapian psykodynaamisista perusteista pohtivat myös potilas-lääkärisuhdetta. Potilaan kohtaamisen tiimoilta oli muitakin kansainvälisiä käytäntöjä<sup>299</sup> leviämässä Suomeen. Anttinen muistelee, että jo 50-luvulla Suomessa alkoi Lapinlahdella orastaa pyrkimys työnohjauksellisesta toiminnasta, jossa ohjaaja laittoi katalysaattorina liikkeelle keskustelua kunkin henkilökohtaisista vaikeuksista auttaa jotain tiettyä potilasta.<sup>300</sup>

---

<sup>296</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>297</sup> Kalpa kirjoitti vuonna 1944: ”Mielitaudeista puheen ollen olisi syytä muistaa, että nekin ovat ruumiillisista syistä johtuvia sairauksia. Niiden pohjana ovat joko karkeat elimelliset muutokset tai elimistön toimintahäiriöt.” Tässä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen artikkelissa Kalpa halusi myös valistaa ihmisiä siitä, että mielisairaus ei ole sen kummempia kuin muutkaan sairaudet, että siihen ei liity mitään mystistä. Kalpa 1944, 18. Anttinen totesi haastattelussa Kalvan biologisesta ajattelutavasta.

<sup>298</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>299</sup> Tunnettu menetelmä oli Balint-ryhmät, joissa lääkärit keskustelivat ryhmän vetäjän ohjauksessa siitä, miksi heillä on vaikeuksia potilaansa kanssa. Se perustui lääkärin ja psykoanalyytikon Michael Balintin Tavistockin klinikalla kehittämään menetelmään. Hänen asiaa käsittelevä kirja *The Doctor, his Patient and the Illness* ilmestyi vuonna 1957. Samanniminen artikkeli Balintilta oli ilmestynyt *Lancet*:ssa kaksi vuotta aiemmin. Anttisen haastattelu; Tähkä 1979, 282; [http://www.balintinternational.com/downloads/Balint\\_in\\_a\\_Nutshell.pdf](http://www.balintinternational.com/downloads/Balint_in_a_Nutshell.pdf)

<sup>300</sup> Anttisen haastattelu.

*Siinä on hyvin paljon tiedostamattomia emotionaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tähän asiaan. Ja sitten kun niistä päästään keskustelemaan ja päästään tavallaan kokemaan, että näinhän tämä asia on, niin sen jälkeen potilaan kohtaaminen ja potilas-lääkärisuhde parani.*<sup>301</sup>

---

Anttisen rekrytointipolitiikalla oli siis suuri merkitys uuden hoitolinjan läpiviemisessä. Esimerkkinä on tarpeen mainita Anttisen Lapinlahden ajalta tuntema Pekka Stenij, jonka hän kutsui Pitkäniemeen apulaisylilääkäriksi:

*Minä ihan ensimmäisinä päivinä soitin hänelle. Hän oli Harjamäen sairaalassa silloin apulaisylilääkärinä. Sanoin hänelle: ”minä kaipaisin sitä Lapinlahden ajattelutapaa tänne enemmän... Etkö koettaisi tulla tänne päin?” Niin hän mietti sitä hetken aikaan, soitti ja sanoi, että hän tulee. Hänellä on hyvin paljon psykodynaamisen ajattelun tapoja, joilla hän on lähestynyt potilaita ja hän oli hyvin suurena apuna siinä, että me tällaista – toki myös monien muiden siellä jo olleitten lääkäreitten kanssa – saimme sitten levitettyä osastoille.*<sup>302</sup>

---

Terapeuttisen yhteisön hoitomalli ja käsite vakiintui 1950-luvulla Britanniassa, jossa muutamassa sodan aikaisessa sotilassairaalassa oli suoritettu kokeellisia hoitomuotoja. Hoitomalli perustui paljon haluun demokratisoida lääkärin ja potilaan välinen suhde ja täten lisätä mielisairaaloiden ja muiden psykiatrinen instituutioiden terapeuttista vaikutusta.<sup>303</sup> Lääkärin autoritäärisen potilassuhteen lieventyminen ja potilaan näkeminen yhtenä asiantuntijana liittyi oleellisesti terapeuttisen yhteisön idean kehittymiseen. ”Terapeuttisen yhteisön hedelmöittämiä ajatustapoja oli alkanut orastaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreittenkin mielissä 50–60-luvuilta lähtien,” Anttinen muistelee.<sup>304</sup>

---

Osastojen jako akuuttiosastoihin ja kroonisiin osastoihin oli kuntoutukseen uskovalle ylilääkärille kauhistuttavaa. ”Se oli sellainen kulttuuri siihen aikaan, että ihmisiä ryhmiteltiin heidän sairaustilansa mukaan, joista kuitenkin implisiittisesti tuli sitten ulos tiettyjä ennusteellisia näkökohtia, osittain ehkä myös itseään toteuttavaa ennustetta”, Anttinen selventää. Tämä ongelma kertoi myös henkilökunnan laitostumisesta tiettyihin kaavoihin hoidollisissa näkemyksissä.<sup>305</sup>

---

---

<sup>301</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>302</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>303</sup> Fussinger 2011, 146.

<sup>304</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>305</sup> Salo 1996, 218. Lainausta on Salon tekemästä Anttisen haastattelusta, jonka Salo teki kirjaansa varten.

Miljööterapiaksi kutsuttu ajattelutapa valtasi suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa alaa psyykenlääkkeiden ja psykodynaamisen ajattelutavan kanssa. Miljööseen liittyy yhteisöllisyyden lisäksi hoitoympäristön viihtyisyys tai kodikkuus. Lääkkeiden käyttöönotto tapahtui nopeasti vastaansanomattoman näytön ansiosta, mutta miljööterapeuttiset näkemykset kulkeutuivat sairaaloihin vasta koulutuksessaan kyseisiä ajattelutapoja omaksuneiden mukana. Pitkäniemessä esimerkiksi Gunvor Vuoristo oli lastenosastolla jo 40- ja 50-luvun taiteessa saanut aikaan muutoksia psykoanalyttisen koulutuksensa ja persoonansa ansiosta. Vaikka Kalpa ei mitään ilmeisimmin suvainnut kuulla puhuttavan Sigmund Freudista, hän oli kuitenkin silloin antanut siunauksensa uusille kokeiluille lastenosastolla.<sup>306</sup>

---

Osastomiljöön terapeuttinen merkitys alettiin Pitkäniemessä Anttisen myötä nähdä oleelliseksi seikaksi potilaan sairaalahoidossa kuntouttavan tavoitteen kannalta. Osastoyhteisöissä pyrittiin luomaan yhteisöllistä henkeä terapeuttisen yhteisön -idean perusteella. Suomessa mielisairaanhoidossa oli alettu kiinnittää huomiota miljöön merkitykseen jo 50-luvun loppupuolelta lähtien. WHO:n vuoden 1953 raportissa pidetään mielisairaalaosaston ilmapiiriä tärkeimpänä yksittäisenä tekijänä hoidon tehokkuuden kannalta. Lapinlahden sairaalassa niistä oli puhuttu Anttisen ollessa siellä erikoistumassa. ”Alettiin puhua siitä, että osaston miljöö, osaston olosuhteet ovat tärkeitä ja näihin osaston olosuhteisiin liittyy yhteisöllisyys.”<sup>307</sup>

---

Vielä 50-luvun lopulla ja 60-luvullakin oli 70-potilaan osastoja. Sellaisessa oli ”mahdoton ajatella” sellaisten yhteisöllisten näkökohtien toteutumista, jotka liittyvät terapeuttisen yhteisön periaatteisiin.<sup>308</sup> Koska ilmapiiriä pyrittiin kehittämään mielisairaaloiden akuuteilla, kroonisilla ja suljetuillakin osastoilla pohjautuen miljööterapeuttisiin näkemyksiin, niin suuret potilassalit eivät olleet enää perusteltavissa.

Anttinen kuvaa kokemuksiinsa perustuvien esimerkein osastoilmapiirin merkitystä:

*On hyvin äänekkäitä ihmisiä, joilla on hätä tai ahdistus, ehkä aggressioita paljon tämän sairautensa ansiosta ja myös niiden kokemusten ansiosta, miten he ovat kokeneet itseensä suhtauduttavan. Ja sen vuoksi on hyvin tärkeitä, minkälainen henki ja ilmapiiri vallitsevat*

---

<sup>306</sup> Anttisen haastattelu; Vuoristo 1996, 179–183; Onnismaa 1996, 183–184.

<sup>307</sup> Anttisen haastattelu; WHO 1953, 17: ”The most important single factor in the efficacy of the treatment given in a mental hospital appears to the committee to be an intangible element which can only be described as its atmosphere.”

<sup>308</sup> Anttisen haastattelu.

*osastolla. Ja siihen taas vaikuttaa paljon se, minkälainen on osaston henkilökunnan keskinäinenkin ilmapiiri.*<sup>309</sup>

—

*Nämä osastomiljööön ilmapiiriseikat ovat tavattoman isoja kysymyksiä. Jollakin osastolla, jolla on näissä suhteissa vaikeuksia, niin voi nähdä miten myös potilaat siellä ovat ahdistuneempia ja levottomampia ja kenties joskus aggressiivisempiäkin, kuin jollakin toisella osastolla, jossa potilaitten ongelmat sinänsä ovat hyvin samanlaisia, mutta joissa kokonaisilmapiiri on erilainen. Olen halunnut monta kertaa painottaa tätä. Siitä hetkestä lähtien, kun ihminen astuu mielisairaalan kynnyksen yli, niin hänellä pitäisi olla vastaanotto, joka olisi omiaan helpottamaan eikä lisää ahdistamaan.*<sup>310</sup>

—

Anttinen katsoi ilmapiirin olleen hyvin paljon koulutuskysymys. Yksi tapa olivat osastokokoukset, joissa henkilökunta ja potilaat ovat yhdessä ja jossa kenellä tahansa oli mahdollisuus esittää käsityksensä mistä tahansa osastoon liittyvästä asiasta. Anttisen kokemuksen mukaan tämä oli hyvä, mutta vaikea tapa saada kehitystä aikaan. Hänen havaintonsa mukaan asia liittyy suomalaiseen luonteeseen, jossa esimerkiksi henkilökunnalla oli vaikeuksia olla avoimia. ”Tämä oli yksi semmoinen kysymys, josta Raijan [ylihoitajan] kanssa paljon puhuttiin.”<sup>311</sup>

—

Anttinen otti 1963–1964 käyttöön lääkäri- ja psykologimeetingit, joissa pohdittiin niin lääketieteellisiä kysymyksiä kuin potilas-lääkärisuhdekysymyksiäkin. Nämä koulutustilaisuudet olivat myös yksi tekijä yhteishengen syntymiselle. Silloinen ylihoitaja Irma Niinivaara oli toivonut, että voitaisiin koko henkilökunnalle alkaa järjestää vastaavia koulutustilaisuuksia. Niitä alettiin sitten järjestää eri aiheista, kuten lääkehoidosta ja potilaan kohtaamisesta. Anttinen piti itse monia tilaisuuksia itse.<sup>312</sup>

—

*kävin juttelemassa siellä juhlasalissa koko henkilökunnalle. Minulla oli semmoinen tunne, että ihmiset kuuntelevat.*<sup>313</sup>

—

Hallinnolliseen ryhmään perinteisesti kuuluivat talouspäällikkö, johtava ylilääkäri ja johtava ylihoitaja. Anttisen aikana siihen lisättiin lääkäreitä ja ylihoitajia ja apulaistalouspäällikkö. Se alkoi

---

<sup>309</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>310</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>311</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>312</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>313</sup> Anttisen haastattelu.

kokoontua joka toinen viikko. Kalvan ei ollut vastaavaa ryhmää, jossa olisi yhdessä pohdittu ja luotu tavoitteita. Vuosina 1968–1969 alettiin ottaa käyttöön osastoryhmiä ja niihin vastuuhenkilöinä ylilääkäri ja ylihoitaja. Tämä oli sairaalakulttuurissa suuri muutos, johtamista delegoitiin. Suunnitteluun tulivat mukaan vastuuhenkilöt vähitellen kaikilta osastoilta ja omat toivomukset koulutuksesta huomioitiin. Lehtimäki kuvailee havaitsemaansa delegoinnin seurauksena tapahtunutta työilmapiirin muutosta:<sup>314</sup>

---

*Delegointi lisäsi huomattavasti työn mielekkyyttä näille tiettyjen vastuualueitten esimiehille, kun saivat laittaa omat rahkeensa likoon. Tässä johtajuuden kouluttamisessa ja kehittämässä oli omat vaiheensa. Joku klinikka sai potkua tästä uudesta organisaatiosta, kun työpari lähti omaa joukkoaan kouluttamaan ja kehittämään. Ja sitten taas oli niitä, jotka eivät samanlaisella otteella lähteneet mukaan.*<sup>315</sup>

---

Vastuun delegointi osastonhoitajille ja osastonlääkäreille merkitsi hierarkkisen sairaalakulttuuria purkamista, jonka, ehkä luonnollisena, seurauksena Lehtimäen kuvailema työilmapiirissä tapahtunut positiivinen muutos tapahtui. Anttinen muistelee tunnelmia, kun vastuuta ryhdyttiin delegoimaan:

*Joskus tietysti pelottikin joissakin asioissa vähän. Täytyy myöntää. Joustava ja byrokratiavapaa toimintaa hierarkiassa, jota aina jossakin määrin tarvitaan pakostakin, niin se edellyttää kyllä, että voi luottaa toinen toisiinsa. Hyvin pitkälle. Mutta kyllä se meni hyvin, mitä silloin kehittyi.*<sup>316</sup>

---

Hyvin kuvaavaa aikaisemmin vallinneesta hierarkkisesta kulttuurista oli tapa, jolla ylilääkäri kohdattiin vielä Anttisen alkuaikoina:

*Kun tulin Pitkäniemeen, niin osastonhoitaja ei voinut antaa minulle raporttia muuta kuin seisten. Ja kun kävelin puistossa koirieni kanssa, niin sairaanhoitajat niiasivat minulle... Ja hyvin vaikeaa oli vanhan osastonhoitajan, sairaanhoitajan sinutella ylilääkäreitä. Siinäkin meni aikaa, että se koettiin luontevaksi. Minä luulen, että kaikki tällaiset asiat kyllä vaikuttivat siihen, että miten potilaita kohdataan.*<sup>317</sup>

---

---

<sup>314</sup> Lehtimäen haastattelu; Anttisen haastattelu.

<sup>315</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>316</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>317</sup> Anttisen haastattelu.



Vanhemmalla henkilökunnan oli joiltain osin vaikeampi päästä mukaan uuteen hoitolinjaan Anttisen kokemuksen mukaan. He olivat tottuneet auktoritatiivisempaan tapaan hoitaa potilaita, se oli osa pitkään elänyttä hierarkkista sairaalakulttuuria, jossa määräykset kulkivat ylhäältä alaspäin.<sup>318</sup>

---

Kalle Achté esittää muistelmateoksessaan, että insuliinishokkihoidon tullessa vallitsevaksi skitsofrenian hoitomuodoksi 1930-luvulla ja ollen sitä aina neuroleptien aikaan asti, mielisairaaloiden henkilökuntarakenne muuttui. Alettiin tarvita paljon mielisairaanhoitajia. Sitten kun psykologisempi ote mielisairaalahoitossa alkoi voittaa alaa, niin kesti jonkin aikaa ennen kuin uuden koulutuksen saaneet mielisairaanhoitajat olivat enemmistönä.<sup>319</sup>

---

Pertti Alasuutari päättelee 1940- ja 1950-lukujen sairaalakulttuurin olleen ”suopeaa ystävällisyyttä”, jossa sairaanhoitaja suhtautui alentuvasti hierarkiassa alemmalla olevaa potilasta kohtaan. Sairaalakulttuuri oli vielä 1960-luvun alussa hyvin kurinalaista, jossa oli osastonhoitajan tiukka komento ja jossa ylihoitajan asemana oli ikään kuin valtakuntansa kuningatar. Sairaanhoitajalehteen vuonna 1961 kirjoittanut henkilö toteaa, että jos tiukka kuri höllentyisi osastoilla, niin ”potilaskin uskaltaisi... vieläpä puhua ajatuksistaan lääkärinkierroksella”.<sup>320</sup>

---

Anttinen kertoi Kalvan ajasta kuulemansa anekdootin, joka kuvaa hierarkkisuutta niin henkilökunnan kuin potilaidenkin suhteen:

*Taru kertoo, että kun Kalpa kävi kiertämässä osastolla, niin hän saattoi nähdä, että tuo potilas tuolla ja tuo potilas tuolla ovat sellaisia, jotka nyt lähetetään kotiin. Näin saataisiin uusi paikka vapaaksi jonossa olijalle. Ja hän saattoi vain ottaa lääkärin takintaskustansa paperinpalan ja kirjoitti siihen potilaan nimen, eikä puhunut kenellekään mitään, meni kansliaansa ja antoi sieltä määräyksen, että potilas kotiutetaan. Informaation välittyminen saattoi olla näinkin vähäistä.*<sup>321</sup>

---

Anttisen asenne oli päinvastainen Kalvan ajan asenteisiin hänen arvostaessa hyvin korkealle potilaan hoidon tasolla olevaa tietoa:

---

<sup>318</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>319</sup> Achté 1999, 106–107.

<sup>320</sup> Alasuutari 1996, 131–132.

<sup>321</sup> Anttisen haastattelu.

*Siellä se varsinainen tieto nimittäin on. Ja se on tärkeää, että kunnioitetaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä eikä vain pelkästään lääketieteellisiä näkemyksiä, koska lääkäri itse on siellä osastolla suhteellisen lyhyen ajan, mutta hoitohenkilökunta on koko työaikansa niiden samojen potilaiden kanssa.*<sup>322</sup>

---

Uuden hoitokulttuurin avainhenkilöitä olivat ylilääkärit, ylihoitajat, osastonlääkärit, osastonhoitajat, psykologit ja talouspuolen esimiehet. Anttinen sai koko henkilökunnan innostumaan ja sitoutumaan uudenlaiseen ajatteluun, kuntouttavaan hoitoon. Mielenkiinto kokonaisvaltaiseen hoidonkehittämiseen lisääntyi, koska jokaisen osallistumista arvostettiin. Hoitoyhteisön kehitys vaati koulutusta ja työyhteisön kärsivällistä kehittämistä. Myönteinen vaikutus hoitotulokseen oli sillä, että potilas ja usein perhe tai joku muu läheinen otettiin mukaan hoitoa suunniteltaessa ja tarvittaessa myöhemminkin hoidon aikana. Tämä tavoitteellinen työskentelytapa viestitti kaikille, että ollaan yhdessä potilaan auttamisessa, niin ammattihenkilöt kuin apua tarvitsevatkin.<sup>323</sup>

---

Anttisen tasaveroinen lähestymistapa suhteessa muihin ihmisiin auttoi nopeasti läpäisemään tärkeitä hoitolinjoja hoitokäytäntöihin. Myös ylihoitajan panoksella oli suuri merkitys. Ylihoitajaksi vuonna 1967 tullut Raija Lehtimäki oli omaksunut uudet hoitoajattelutavan jo koulutuksessaan. Anttinen muistelee, että Lehtimäellä oli selkeä hoitajuuskuva ja että hän löysi keinoja tukea osastoilla toimivia sairaanhoitajia. Anttinen ja Lehtimäki osallistuivat kumpikin kerhotoimiin ja muihin yhteisrientoihin, jolla oli merkityksensä yhteishengen synnylle.<sup>324</sup>

---

Ylihoitajaa haettaessa Anttisen ajatuksena oli, että ”nyt tarvittaisiin sellaista henkilöä, jonka mielestä kehittäminen on mielenkiintoista.” Raija Lehtimäki, joka valittiin kyseiseen virkaan 1967, oli saanut koulutuksen, jossa painotettiin henkilökunnan johtamista ja kokonaisvaltaisuutta potilaan hoidossa. Harjavallan sairaalassa työskennellyt Raija Lehtimäki koki henkilökunnan yhteistyön ja kysymyksen potilaiden kohtaamisesta olleen Pitkäniemessä verraten hierarkkista suhteessa Harjavallan sairaalaan. Suurena haasteena hän koki henkilökunnan ja potilaiden vuorovaikutuksen kehittäminen. ”Harjavallan fyysisessä ympäristössä oli paljon enemmän viihtyvyyttä ja potilaiksi joutuneiden vaatetus oli yksilöllisempää, mutta myös hoitokulttuurissa oli enemmän vierelle tuloa.” Anttinen toteaa:<sup>325</sup>

---

<sup>322</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>323</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>324</sup> Anttisen haastattelu; Lehtimäen haastattelu.

<sup>325</sup> Anttisen haastattelu; Lehtimäen haastattelu.

*Silloin kun Raija Lehtimäki tuli sinne, niin siitä lähtien henkilökunnan yhteen saaminen oli meillä kyllä aika isona tavoitteena. Ylihoitaja sairaalassa on henkilökuntapäällikkö hyvin paljon, monessa mielessä. Ja Raija näki suuren arvon sillä, että olisi kanssakäymistä.*<sup>326</sup>

---

Vuonna 1968 perustettiin Pitkäniemen Kerho ry, johon kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus liittyä ja jonka nimenomaisena tarkoituksena oli kehittää henkilökunnan yhteistoimintaa. Anttinen oli hallituksen jäsen, muut jäsenet koostuivat sekä talous- että hoitohenkilökunnan edustajista. Kerhon toiminta muodostui monista erillisistä kerhoista. Henkilökuntaa tuli siihen vapaa-ajallaan mukaan. Lehtimäki nostaa esille yksittäisen yhteishenkeä kuvaavan riennon: ”muistan patikkaretket Pinsiön metsiin. Silloin unohtuivat virkaroolit, olimme kuin yhtä perhettä, luontevaa ja vapauttavaa yhdessä oloa ja aivan uutta 1960- ja 1970-lukujen taitteessa.”<sup>327</sup>

---

Anttinen toteaa omasta asenteestaan hierarkioita kohtaan: ”minua on aina viehättänyt hierarkian ja auktoriteettien jonkinasteinen hävittäminen.”<sup>328</sup> Kerhotoiminnat syntyivät nimenomaan tarpeesta madaltaa sairaalahierarkiaa, mutta toisaalta myös samoja asioita harrastavien ihmisten halusta harrastaa yhdessä. Kerho ry. oli ollut yksi keskeinen tekijä rajoja ylittävän ja rikkovan yhteishengen syntymisen kannalta. Ylilääkärin rento ja mutkaton mukanaolo näissä yhteisissä harrastuksissa oli auttanut edelleen murtamaan kaikkia turhia hierarkioita ja loi henkilökuntaan yhdessä tekemisen henkeä.

Ennen vuonna 1966 rakennettua uutta yksikerroksista ruokalarakennusta, henkilökunnan ruokailu tapahtui ”kahden kerroksen väkeä” -periaatteen mukaisesti. Raija Lehtimäki ei itse ehtinyt olla töissä vanhan rakennuksen aikana, mutta muulta hoitohenkilökunnalta saamiensa tietojen varassa kertoo: ”siinä vanhassa oli yläkerta ja alakerta, ja oli tarkkaa, että missä oli hoitohenkilökunnan pöydät, missä oli mielisairaanhoitajat, missä oli sairaanhoitajat, missä oli lääkärit, taloushenkilökunta.” Vielä uuden yksikerroksiseksi rakennetun ruokalan aikana ilmeni vanhaa hierarkista jakautumista. ”Yksi osastonhoitaja sai moitteita, kun hän meni mielisairaanhoitajien kanssa samaan pöytään ruokailemaan lounaalla,” Lehtimäki kertoo. Anttinen puolestaan oli tottunut Lapinlahdessa kyseiseen tapaan järjestäytyä: ”lääkärit ja psykologit söivät yläkerrassa. Kyllä se Lapinlahdessakin oli sama juttu. Kun minä siellä olin, niin lääkäreillä ja psykologeilla oli oma ruokahuone ja sitten muu henkilökunta söi muualla. Ei kai sitä paljon ajateltu silloin, enkä minä

---

<sup>326</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>327</sup> Lehtimäen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 188.

<sup>328</sup> Anttisen haastattelu.

usko, että tämä muukaan henkilökunta sitä paljoa vierasti. Silloin kun tämä uusi ruoka- ja keittiösali oli rakennettu, niin ajattelimme Raija Lehtimäen kanssa, että kaikki ovat yhdessä ja että myös potilaat tulevat syömään siihen samaan.”<sup>329</sup>

---

Sotien jälkeen olisi ollut akuuttia tarvetta saneeraustöille, mutta Lääkintöhallitus ei ollut tullut vastaan. Jälleenrakennus ja sotakorvausten maksaminen veivät valtakunnallisesti tarvittavia varoja. Ylilääkärin oli vuonna 1951 lopetettava uusien potilaiden vastaanottaminen joksikin aikaa ja joitain toimintoja oli lakkautettava. Myös henkilökuntaa oli vaikea saada. Ylilääkärinä toimineen Ilmari Kalvan kädet sodan jälkeisenä aikana olivat sidottuina resurssikysymyksissä. Anttisen virka-aika osui tässäkin mielessä otolliseen hetkeen, vakaan ja nopean taloudellisen kasvun aikaan. Pitkaniemen sairaalan omistusoikeuden siirryttyä kuntainliitolle vuoden 1955 alusta alkoi liittohallitus laatia sairaalan korjaus- ja laajennussuunnitelmaa. Sairaalan rakennuksia oli päässyt rapistumaan surkeaan kuntoon, yksi rakennus oli jopa suljettava sen käytyä kelvottomaksi. Kalpa oli jo sotien jälkeen aina 1950-luvun alkuun yrittänyt saada lääkintöhallitukselta avustuksia saneerauksia varten, mutta tuloksetta. Hän oli lehdistönkin kautta pyrkinyt vaikuttamaan yleiseen mielipiteeseen asian surkeasta tilasta. 1950-luvun puolivälin jälkeen saneeraus- ja laajennustöihin päästiin vihdoinkin käsiksi, kun Suomen taloudellinen tilanne parani.<sup>330</sup>

---

Fyysisen ympäristön merkitys mielisairaanhoidossa alkoi korostua 1960-luvulla. Anttisen aikana osastoista, joissa oli 75–80 potilasta, päästiinkin eroon. Aiemmin osastoissa ei ollut mitään mukavuuksia ja esimerkiksi vessat ja peseytymistilat olivat olleet paljon ankeampia. Suurten potilassalien aikana potilailla ei myöskään ollut mitään intymiteettisuojaa, oli ollut vain yöpöytä. Osastojen potilasmäärät oli tarkoitus saada noin 24:ään. Remonttien suunnittelussa potilaiden ympäristö- ja intymiteettikysymykset olivat hyvin tärkeitä.<sup>331</sup>

---

*Onko yhden hengen huoneita, onko kahden hengen huoneita? Löytyvätkö sopivat ihmiset kahden hengen huoneisiin keskenään elämään? Ja onko tarvetta suurempiin huoneisiin, joissa on useita potilaita yhdessä? Näitä asioita pohdittiin ja yleinen katsantokanta oli sen puolella, että miljöö ja miljöössä yhteisöllisyys ovat tärkeitä.”*<sup>332</sup>

---

Raija Lehtimäki kuvailee kokemuksiaan ennen uudistuksia Pitkaniemessä:

---

<sup>329</sup> Lehtimäen haastattelu; Anttisen haastattelu.

<sup>330</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 136–137, 159.

<sup>331</sup> Anttisen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 193–194.

<sup>332</sup> Anttisen haastattelu.

*Minulla on vieläkin silmissä se näky, kun... semmoinen harmaa joukko kävelee hallintorakennuksen edestä tien toiselta puolelta. He menevät ja tulevat melkein saman tien takaisin. Mikä saunominen se sellainen on? Tämä kuvastaa sitä kulttuuria, että viedään aivan kuin laumaa.*<sup>333</sup>

---

Apulaisylilääkärinä toiminut Pekka Stenij katsoo, että ”lääkäreitä oli hyvin pitkään liian vähän. Se rajoittaa sitä kontaktin positiivista saamista aika lailla.” Myös Anttinen katsoi, että lääkärinvirkoja olisi pitänyt saada enemmän potilaiden yksilöllisemmän hoidon takaamiseksi. Useilla lääkäreillä oli vielä kroonikko- ja akuuttiosasto hoidettavanaan, jolloin kroonikko-osastolla toimiminen jäi vähemmälle. Uusia lääkärin virkoja saatiin vuosien 1964 ja 1965 välillä viisi. Sen jälkeen virkoja saatiin vuoteen 1968 tultaessa yksi tai kaksi vuodessa. Seuraava virka vuoden 1968 jälkeen saatiin vuonna 1971.<sup>334</sup>

---

”Oli aikoja, jolloin oltiin iloisia, että oli yksi hakija”, Anttinen kertoo. Muutaman lääkärin hän sai soittamalla heille henkilökohtaisesti. Anttinen ajattelee, että joillekin Tampereelle perustettu yliopisto helpotti päätöstä siirtyä Pitkäniemeen lasten jatkokoulutusmahdollisuuksien ansiosta.<sup>335</sup>

---

Anttinen kertoo:

*Minulla oli ilo saada sinne useampia lääkäreitä, jotka olivat kokonaisvaltaisemmin ajattelevia. Mutta kyllä niissä vanhemmissa lääkäreissä oli ihan yhtä hyviä. Vaikka minä sain sinne useita virkoja lisää, niin siitä huolimatta lääkäreillä oli ehdottomasti liian monta potilasta huollettavanaan.*<sup>336</sup>

---

#### **4.5 Hyvät yhteiskunnalliset suhteet hankkeiden toteutumisen edellytyksenä**

Suomen psykiatrisen hoidon siirtyessä vuonna 1954 mielisairaanhuoltopiirien liitojen varaan, niillä oli oma kuntien edustajista muodostettu liittohallituksensa ja liittovaltuustonsa, joihin edustajat valittiin kuntien poliittisin perustein. Anttinen kuitenkin koki, että Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin liittohallitus otti hyvin paljon omakseen mielenterveystyötä ja psykiatrista sairaanhoitoa:

---

<sup>333</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>334</sup> Stenijin haastattelu; Pitkäniemen sairaalan vuosikertomukset 1963–1973.

<sup>335</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>336</sup> Anttisen haastattelu.

*Liittohallituksilla oli vahva sisäinen halu kehittää toimintaa sen mukaan, kuin mitä heidän niin sanotut asiantuntijaihmisensä siellä halusivat. Silloin kun minä tulin Pitkäniemen sairaalaan, niin silloin ihan ensimmäisissä liittohallituksen kokouksissa se vastaanotto oli erittäin hyvä. Ja siellä ymmärrettiin, mitä me puhuttiin.*<sup>337</sup>

---

Pitkäniemestä muutama lääkäri ja talousjohtaja osallistuivat hallituksen kokouksiin. Yleensä löytyi konsensus siitä, mitä kuluvana vuonna tai seuraavan viiden vuoden jaksolla tulisi tehdä. Anttisen mukaan hallitus oli hyvin kehittämismyönteinen. Vaikka siellä olikin kaikkien puolueiden edustajia, niin mitään nurkkakuntaisuutta Anttinen ei kokenut mielisairaanhuoltoasiassa olleen.<sup>338</sup>

---

*Ja kun heille perustelin asiat, esimerkiksi henkilökunnan lisäyksen tarpeen, lääkäreiden, psykiatrinen erikoissairaanhoitajien, mielisairaanhoitajien, psykologien, sosiaalityöntekijöitten ynnä muitten tarpeen, niin kyllä me saimme nämä virat perustettua... Siinähan oli edellytyksenä käytännössä se, että me ammatti-ihmiset olimme tätä ennen neuvotelleet asian Lääkintöhallituksen kanssa, joka oli maan keskusvirasto terveydenhuoltoasioissa... Ja jos maan keskusvirasto oli meidän kanssamme samaa mieltä ja ilmoitti suostuvansa valtion avunantoon näiden virkojen palkkauksiin, mitä suunniteltiin perustettavaksi, niin silloin liittohallitus yleensä hyväksyi. Se oli tässä mielessä helppoa.*<sup>339</sup>

---

Kun rakennuksia muutettiin ja osastoja uusittiin, niin liittohallitus oli henkilökunnan ehdotusten kannalla. Talouden painottaminen ei Anttisen tuntemuksen mukaan ollut niin keskeistä. Kaikki ehdotetut uudistukset eivät tietenkään aina menneet läpi. Tällöin pyrittiin seuraavassa budjetissa saamaan asiaa järjestyseen. Liittohallituksen puheenjohtajat olivat itsekä aktiivisia. Esimerkiksi vuosina 1973–1985 puheenjohtajana toiminut Eero Lindholm, josta alempana lisää, oli myös Sopimusvuori ry:ssä mukana. Anttinen luonnehti Lindholmia ihmiseksi, joka ”pystyi näkemään asioita, että ’näin se varmaan pitäisi tehdä’, ja niin tehtiin.” Lehtimäki toteaa, että ”60-luvulla mukaan tullut Eero Lindholm antoi suuren panoksen liittyen liittohallituksen työskentelyyn, mutta myös liittohallitus tuli lähemmäs henkilökuntaa. Voisi sanoa, että me olimme yhteisellä asialla.”<sup>340</sup>

---

---

<sup>337</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>338</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>339</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>340</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 237; Anttisen haastattelu; Lehtimäen haastattelu.

Ennen kuin Raija Lehtimäki tuli Pitkäniemeen, ei ylihoitaja ollut osallistunut liittohallituksen kokouksiin. Sitten asia muuttui tältä osin. Liittohallituksen kokouksissa tuli ilmi Anttisen diplomaattinen kyvykkyys asioiden läpiviemisessä. Lehtimäki kertoo, että ”se, miten me loimme kontaktin, kohtasimme nämä ihmiset, oli kyllä avain myönteisen tuloksen saamiseksi.” Edelleen Lehtimäki näki, että ”liittovaltuuston ja liittohallituksen jäsenten arvostus Erik Anttista kohtaan oli suuri. Häneen luotettiin sairaalan kehittäjänä. Hän keskittyi juuri siihen mitkä olivat niitä ydinasioita.” Samoin Pitkäniemessä psykiatrina toiminut Pekka Stenij katsoo, että ”Anttinen on kyllä varmasti saanut persoonallisuudellaan ja tietämisellään tai hoksaamisellaan esittää sitä mitä tarvitaan.”<sup>341</sup> Raija Lehtimäki jatkaa miten uudistuksia yritettiin saada liittohallituksen jäsenille läpi:

*Potilaiden vaatetus ja vastaavat menivät kyllä helposti läpi. Uusista terapioidista oli joitakin pieniä alustuksia ja esitettiin tutkimuksia, mitä maailmalta oli. Yksi oli avohoidon kehittäminen, lisää mielenterveystoimistoja ja mielenterveyskeskus Tampereelle. Meillä oli yhteistä seminaaria liittohallituksen ja hallinnollisen ryhmän kanssa. Henkilökunnan koulutuksen kehittämisenkään ei ollut itsestään selvä asia. Palautuu tietty iäkkäämpi henkilö mieleen: ”Onhan näillä henkilöillä melkein kaikilla se ammattikoulutus käyty, että mitä sitä nyt noin paljon rahaa siihen tarvittaisiin.” Asioiden perusteleva, konkretisoiva päättyminen, oli kyllä mahdottoman tärkeä asia, että he tulivat vakuuttuneiksi asioiden oikeellisuudesta.*<sup>342</sup>

*Ja Erik osasi kyseessä olevat asiat markkinoida: ”Nyt on ollut näitä ulkomaalaisia tutkimuksia, sellaisia ja sellaisia. Meilläkin tarvittaisiin siihen ja siihen asiaan tutkimusta.” Ja valtakunnallisesti lääkintöhallitus siihen aikaan lähetti paljon ohjekirjeitä: ”Me voitaisiin toteuttaa asiat liittyen juuri koulutukseen, hoitoon ja tutkimukseen. Jotta näitä asioita voitaisiin viedä eteenpäin, niin me tarvittaisiin lisää henkilökuntaa.” Näin asioita valmisteltiin ennen virallisia päätöksiä.*<sup>343</sup>

Lääkintöhallitukselta tuli kiertokirjeitä koskien mielisairaanhoidon kehittämistä. Niissä ei otettu niinkään kantaa hoidon yksityiskohtiin, vaan lähinnä isoihin linjoihin, kuten avohoitoon tai vanhusten, nuorten ja lasten psykiatria. Lääkintöhallituksessa siis osattiin suhtautua jo valmiiksi positiivisesti uudistusmieliseen ylilääkäriin. Yhteistoimintaa Lääkintöhallituksen kanssa helpotti myös se, että siellä oli ylilääkärille henkilökohtaisia tuttuja ja ystäviä. Anttinen kertoi että

<sup>341</sup> Lehtimäen haastattelu; Stenijin haastattelu.

<sup>342</sup> Lehtimäen haastattelu.

<sup>343</sup> Lehtimäen haastattelu.

Lääkintöhallituksen pääjohtajan Niilo Pesosen kanssa hän ystävystyi Pitkäniemessä toteutettujen saneerausten yhteydessä. Hän tunsi mielenterveystoimiston päällikön Leena Sibeliuksen ja piti ystävinään Sibeliuksen jälkeen lääkintöneuvokseksi tullutta Raimo Miettistä, hänen jälkeensä tullutta Jarkko Eskolaa ja sitten Kari Pylkkästä. ”kaikki olivat hyvin innovatiivisia ja innokkaita, auliita kokeilutoiminnoille,” Anttinen muistelee. Raimo Miettisen ja Jarkko Eskolan kanssa Anttinen oli vielä Psykiatriayhdistyksen hallituksessa. Miettinen ja Eskola olivat Anttisen mukaan ”erittäin merkityksellisiä koko maata ajatellen, että nämä sairaalat alkoivat saada rahaa enemmän kehittämistä varten... Ovat olleet todella tärkeitä ihmisiä mielenterveystyön kehittämiseksi Suomessa.”<sup>344</sup>

—

Suhteet lääkintöhallitukseen olivat siis hyvät ja keskustelut yleensä johtivat siihen tulokseen, mitä haluttiin. Anttiset suhteet Lääkintöhallitukseen päin kuvastavat myös psykiatrikunnan pienuutta Suomessa, kaikki näyttivät jossain määrin tuntevan toisensa. Anttinen oli itse hyvin aktiivinen kansallisesti ja ollessaan mielisairaalan johtavana ylilääkärinä hän myös osallistui muun muassa mielisairaalanliiton toimintaan, jossa pohdittiin esimerkiksi, millä tavalla avohoitoa ja sairaalahoitoa voitaisiin kehittää.

*Siellä oli ryhmiä nimetty, jotka kokoontuivat ja pohtivat näitä. Sama juttu oli Lääkintöhallituksessa... Siellä pohdittiin valtakunnallisesti näitä asioita, erittäin työteliäitä ja hyviä työryhmiä... Sitten osa meistä kuului Maailman terveysjärjestön mielenterveyttä pohtivaan projektiin. Ja sitten vielä osa meistä kuului OECD maiden psykiatriseen työryhmään. Meillä oli kyllä monia yhteyksiä, ainakin silloin Pitkäniemen aikana.*<sup>345</sup>

—

#### **4.6 Avohoidon kehitys Pitkäniemessä: ammatillinen kuntouttaminen**

Lääkintöhallituksen vuoden 1977 mietintöä psykiatrisen terveydenhuollon kehittämisestä voi pitää dokumenttina aikansa valtavirtaistuvista ajattelutavoista mielisairaanhoidossa. Siinä mainitaan kuntoutusmuodoista seuraavasti: ”kuntoutustoiminnan nykyaikaisia muotoja ovat mm. työhön valmennus, työkokeilu ja teollisuusterapia.” Suomalaisessa psykiatriassa alkoi 1960-luvulla nousta pyrkimystä suunnitelmalliseen potilaiden työkyvyn palauttamiseen sekä muutoinkin heidän

---

<sup>344</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>345</sup> Anttisen haastattelu.



aktivoimiseksi<sup>346</sup> esimerkiksi musiikkiterapian tai liikuntaterapian avulla. Koska Pitkäniemen sairaalasta kotiutuneet potilaat olivat sijoittuneet työelämään huonosti, niin vuonna 1965 suunniteltiin potilaita varten osasto, jossa potilailla olisi mahdollisuus asteittain tehdä eritasoisia normaalia työpaikkaa vastaavia työsuorituksia. Vuoden 1967 elokuussa vihdoinkin avattiin ammatilliseen kuntoutuksen ja teollisuusterapiaan keskittynyt työhönvalmennusosasto.<sup>347</sup>

Potilaiden työnteke Pitkäniemen sairaalan tiluksilla alettiin 20-luvulla nähdä terapeuttisena toimintana, jonka uskottiin tarkoituksenmukaisena tekemisenä auttavan sairastunutta. 30-luvulle tullessa jo yli puolet potilaista oli jossain muodossa mukana työterapiaksi luonnehdittavassa toiminnassa, joihin lukeutui taloustöitä, ulkotöitä tai käsitöitä. Vuosikymmenen lopulla työterapiaan osallistui jo merkittävin osa potilaista. Loput potilaista olivat sitten enemmän tai vähemmän toimettomina sängyissään tai jalkeilla. Kalpa olikin todennut, että ”parasta psykiatrasta hoitoa on maan muokkaus ja metsänhoito.” Anttisen tullessa Pitkäniemeen työterapiaa kehitettiin edelleen yhteiskuntaan takaisin kuntouttavaksi toiminnaksi, mikä vaati toiminnan ulottamista mielisairaalan ulkopuolelle. Potilaita kuitenkin työskenteli edelleen 1960-luvulla pesulassa, keittiössä, maatilalla, puutarhassa ja puistossa entiseen tapaan.<sup>348</sup>

Anttinen luonnehtii käsitystään mielenterveystyön keskeisestä lähtökohdasta:

*Kaikilla ihmisillä, vaikeimminkin sairailta ihmisillä, on persoonallisuudessaan terveitä alueita, joiden varassa meidän pitäisi myös pystyä toimimaan, eikä vain sen sairaan puolen varassa, jotta se laajenisi se terve alue sen sairaan alueen kustannuksella... Ja kaikilla näillä potilailla on myös valmiuksia ja osaamista tietyissä asioissa, joihin heidän pitäisi saadakin paneutua.*<sup>349</sup>

<sup>346</sup> Ensimmäinen koulutettu askarteluohjaaja aloitti Pitkäniemessä vuonna 1957. Kaarninen & Kaarninen 1990, 197.

<sup>347</sup> Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö 1977, 39; Kaarninen & Kaarninen 1990, 194, 197; Anttisen haastattelu.

<sup>348</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 100–101, 194, 197; Mielekäs Nro 2, 2000: *Satavuotias Pitkäniemi voimakkaan rakennemuutoksen kourissa*.

<sup>349</sup> Anttisen haastattelu. Martti Kailalla ilmenee vastaavanlainen ajattelutapa vuoden 1966 Mielenterveys lehden haastattelussa hänen kertoessaan, että ”kun hoidetaan neurootikkoja tai muutoin psyykkisesti sairaita, on syytä erikoisesti yrittää selvittää ja nähdä se, mitä tervettä on hoidettavan persoonallisuudessa jäljellä, ja sitten pyrkiä vetoamaan näihin terveisiin ominaisuuksiin.” Lehden haastattelijana ollut psykiatri Toivo Pihkala vielä lisää: ”keskustelussa todettiin, että juuri tämä menettelytapa on sopusoinnussa kuntoutusajattelun kanssa.” Mielenterveys 6/1966, 7. Voidaan siis melko helposti tehdä se johtopäätös, että kuntoutusajatteluun, ja siihen liittyvään hoito-optimisiin itsessään liittyy ajatus sairastuneen terveen puolen huomioimisesta sairaan puolen sijaan. Tässä on vielä syytä mainita Anttisen haastattelussa kertoma juttu Kailan oppilailleen kertomasta tapauksesta. Kaila oli kertonut tunnetusta ison firman toimitusjohtajasta, joka kärsi vaikeasta skitsofreniasta, mutta silti pystyi hoitamaan tehtävänsä moitteettomasti. Tarina kuvasti niitä reservejä, joita ihmisellä voi olla vaikeastikin invalidisoivasta sairaudesta huolimatta.

Anttisen perustamaan Pitkäniemen työkokeilu- ja työvalmennusosastoon saatiin alihankintatöitä Tampereen teollisuudelta ja kaupalta. Tarkoituksena oli nimenomaan kartoittaa potilaiden kanssa, millä alueella heillä on valmiuksia, kyvykkyyksiä ja osaamista siten, että heissä olevaa tervettä puolta voitaisiin kehittää. Oli tapauksia, joissa ulkopuolisen työnjohtajan arvioinnin mukaan esimerkiksi hitsaaja saattoi osoittaa korkeinta ammattitaidollista kyvykkyyttä, mutta teollisuuden palvelukseen lähdettyään hän saattoikin kokea työyhteisössä paineita tai stressaantui jostain syystä siten, että ei enää kyennyt siihen työhön. Anttinen tulkitsi asian seuraavasti: ”Tämäkin osoitus siitä, että mitenkä minussa itsessäni olevat kyvykkyydet eivät välttämättä ole käyttökelpoisia, jos minä en koe, että minun sosiaalinen ympäristöni hyväksyy minut.”<sup>350</sup>

---

Työvalmennusosastolla tehtiin paljon kokoomatöitä, joissa vaadittiin nopeutta ja täsmällisyyttä. Useat potilaat tästä suoriutuivatkin. Pakkaustöitä tehtiin yhteiskunnan eri tahoille.<sup>351</sup>

---

*Mutta kun he menivät sitten siihen paikkaan mistä tämä työ oli annettu, niin siellä he eivät pärjänneetkään, vaikka he pärjäsivät tässä yhteisössä, joka oli meidän oman osastomme piirissä, koska siellä häntä ymmärrettiin, tuettiin, nähtiin hänen mahdollisuutensa positiivisina. Tuolla saattoi käydä päinvastoin. Nähtiin, että ”sehän on ollut siellä Pitkäniemessä.”*<sup>352</sup>

---

Työhönvalmennusosaston työnjohtaja Jääskeläinen osasi vaatia eli antaa potilaille vastuuta, mutta myös oikeuksia, niin että tasapaino säilyi. Jääskeläinen loi verkostot Tampellaan, Nokia-yhtiöön, paperiteollisuuteen ja kauppaan. Hän valmisti työnjohtajia siihen, että potilas siirtyä heidän työntekijäkseen. Tällaisten yhteyksien rakentamisella pyrittiin siihen, että laskeutuminen sairaalan ulkopuolelle olisi mahdollisimman pehmeä. Aina siinä ei onnistuttu. Potilaan terveys saattoi pettää, kun tämä meni itselleen vieraaseen ympäristöön. Tavoitteena olikin saada joustavammaksi työnantajatahon suhtautumista.<sup>353</sup>

---

*Tässähän on se kuntoutuvankin ihmisen problematiikka usein, että sen vastaanottavan tahon pitäisi olla ymmärtävämpi ja byrokratiavapaampi. Ihminen kokiessaan tarvitsevänsä hoitoa hänelle suotaisiin se mahdollisuus. Tuetaan suorastaan häntä siihen hoitoon tuloon, joka varmasti on lyhempi kuin edellisellä kerralla, ja että hän saa palata takaisin.*<sup>354</sup>

---

<sup>350</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>351</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>352</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>353</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>354</sup> Anttisen haastattelu.

#### 4.7 Avohoidon kehitys Pitkäniemessä: kotisairaanhoido

Skotlannissa vuoden 1900 tienoilla perhehoidossa oli noin 2500 potilasta, joka kattoi 15 % kaikista maan mielisairaista. Kaikista näistä perhehoidossa olleista potilaista 36 % oli hoidettavana oman perheen parissa ja loput vieraiden perheissä.<sup>355</sup> Skotlannin malli ja siten kotisairaanhoido ei ollut tuntematon suomalaiselle psykiatriakunnalle, kun ainakin Edvard Lybeck kirjoitti siitä 1800-luvun lopulla ja Päivänsalo vuonna 1940 perhehoitoon liittyvässä historiallisessa katsauksessaan. Suomessa psykiatrisesta kotisairaanhoidosta saattoi lukea viitteellisesti myös vuonna 1930 Lauri Saarnion matkareportaasista, jossa hän muiden muassa kuvailee Erlangenin<sup>356</sup> psykiatrasta hoitoa seuraavasti:

*Ennen kuin potilaat siirtyvät varsinaiseen psykiatris-yhteiskunnalliseen huoltoon, jolloin he siis poistettuina laitoksen kirjoista muuttavat tavallisesti omaistensa luokse, tutkii huoltotyö kotiolot ja työmahdollisuudet sekä antaa potilaiden omaisten täytettäväksi reversin, jossa omaiset lupaavat, että huoltolääkäri tai -sisar saa tulla milloin tahansa tapaamaan potilasta... Laitoksen johto voi ottaa hänet heti takaisin sairaalaan, jos hän ei voi suoriutua ilman vaikeuksia vapaissa olosuhteissa.*<sup>357</sup>

Saarnion lyhyt viittaus mielisairaanhoidon kotisairaanhoidon ei innoittanut merkittäviin uudistuksiin Suomessa, eikä ainakaan Duodecimissa tai Terveystieteiden aikakauslehdessä asiaa sittemmin käsitelty. Saarnion kuvailema Erlangenissa käytetty malli vastasi perustaltaan suomalaista perhehoitomallia ja Pitkäniemessä 1960-luvun lopulta toteutettua kotisairaanhoidomallia. Kotisairaanhoido oli 1950-luvulla kansainvälisesti havaittu hyödylliseksi tavaksi järjestää mielisairaanhoidoa. Tämä näkyy siinä, että Maailman terveysjärjestö kehotti laajentamaan mielisairaanhoidossa kotisairaanhoidoa

---

<sup>355</sup> Päivänsalo 1940, 29.

<sup>356</sup> Harry Oosterhuisin mukaan Saksan ensimmäiset sosiaalipsykiatriset palvelut sijoittuivat 1900-luvun alkuun. Tällöin perustettiin jälkihuoltoa tarjoava järjestelmä, *nachgehende Fürsorge*, jossa potilaat saattoivat työskennellä. Kyseessä oli siis jonkinlainen 1960-luvulla Suomessakin valtavirtaistuva kuntouttavaksi hoitotavaksi virinnyt työhönvalmennus. Tarkoituksena oli ehkäistä sairauden uudelleen puhkeamista ja sairaalaan paluuta. Tämä järjestelmä sai alkunsa nimenomaan Erlangenin psykiatrisessa laitoksessa ja se sai Oosterhuisin mukaan kansainvälistä huomiota osakseen. Oosterhuis 2006, 249–250. Saarnio käyttää lainaamassani kohdassa käsitettä ”psykiatris-yhteiskunnallinen huolto”, jota voidaan pitää sosiaalipsykiatriaksi kutsuttavana mielisairaanhoidomuotona.

<sup>357</sup> Saarnio 1930, 1014–1015. Saarnio on kiinnostava tapaus työni teeman kannalta, koska hän ei ainoastaan kirjoitellut, mitä oli havainnut, vaan hän ryhtyi toteuttamaan näkemyksiään ja perusti Poriin Suomen toisen huoltotoimiston vuonna 1937. Anttinen 1983, 223. Saarnion tapausta voisi olla hyödyllistä selvittää seikkaperäisemmin, kun puhutaan psykiatrisen avohoidon historiasta Suomessa.

vuoden 1953 asiantuntijaraportissaan. Kriteeriksi onnistuneelle kotisairaanhoidolle raportissa asetettiin – ja sen mukaan Suomessakin alettiin toimia – mielenterveyspalvelujen kautta annettava tuki potilaan perheelle sekä perheen valmius tukea sairastunutta omaistaan. Tämä vastasi myös Erlangenin mallia.<sup>358</sup>

---

Vuoden 1937 mielisairaslakiin liittyneessä asetuksessa annettiin tarkennettuja määräyksiä sairaaloiden ja kunnalliskotien yhteydessä olevan perhehoidon järjestelystä. Kyseisen lain asetukseen liittyvässä lääkintöhallituksen ohjesäännössä kerrotaan, että ”Perhehoidon tarkoitus on totuttaa sairaat itsenäiseen elämään vapaissa olosuhteissa, tehden siten mahdolliseksi heille palaamisen yhteiskuntaelämään.” Päivänsalo katsoi vuoden 1940 kirjoituksessaan, että jossain tapauksissa ”perhehoitopaikka voi olla potilaan oma koti”, vaikka se ei käytännöllisistä – potilaiden koteja ei juuri ollut mielisairaaloiden läheisyydessä – syistä useinkaan ollut mahdollista.<sup>359</sup>

---

Nikkilän sairaalaan laajan perhehoidon yhteyteen alettiin järjestää 1930- ja 1940-lukujen vaihteessa hoitoa omatalousjärjestelmänä. Tämä tarkoitti sitä, että vuokrattiin yksityisiltä henkilöiltä huoneita perhehoitosiirtola-alueelta<sup>360</sup> sellaisille potilaille, jotka halusivat pois sairaalasta, mutta eivät perhehoitoon. Paikalliset ihmiset alkoivatkin vuokrata huoneistoja sairaalalle tällaisia potilaita varten. Vuonna 1946 Helsinkiin perustetun perhehoitosiirtolan yhteydessä myös sairastuneen omaisille alettiin maksaa korvausta hoidosta. Ilmeisesti kyseessä oli kotisairaanhoidon tyylinen järjestely. 1930-luvun lopulla Nikkilästä oli käyty tutustumassa muiden Pohjoismaiden ja Saksan perhehoitojärjestelmiin ja sieltä oli luultavasti opittu näitä uusia mahdollisuuksia soveltaa perhehoitoa ja nyt siis myös kotisairaanhoidona.<sup>361</sup>

---

Kivelän sairaalaan<sup>362</sup> vuonna 1956 perustettiin Suomen ensimmäinen psykiatrinen kotisairaanhoido-osasto. Kerralla siellä hoidettiin jälkihoidossa noin 120–130 potilasta. Kaikista potilaista 84 %:lla oli psykoosi taustalla ja kaikkiaan 40 % heistä osoittautui työkykyisiksi.<sup>363</sup>

---

Mistä Suomeen haettiin mallia kotisairaanhoidosta? Ainakin Amsterdamissa järjestetystä kotisairaanhoidosta oltiin kiinnostuneita 1960-luvun lopulla, jolloin kotisairaanhoidon nähtiin

---

<sup>358</sup> WHO 1953, 34–35; Tuovinen 2009, 216.

<sup>359</sup> Päivänsalo 1940, 31.

<sup>360</sup> Perhehoitosiirtola-alueella tarkoitan aluetta, jossa perhehoitoa oli järjestetty mielisairaalan valvonnan alaisuudessa.

<sup>361</sup> Tuovinen 2009, 216.

<sup>362</sup> Muutettiin Hesperian sairaalaksi 1950- ja 1960-luvun taitteessa.

<sup>363</sup> Aché 1967, 201–203; KHK 1955/I, 174.

Suomessa olevan yksi mielisairaanhoidon muodoista.<sup>364</sup> Yrjö Alanen esittää vuoden 1969 kirjoituksessaan Amsterdamin tuloksiin viitaten, että kotisairaanhoidon avulla voidaan usein estää laitostumista ”kokonaan tai lyhentää se vain muutamia päiviä kestäväksi.”<sup>365</sup> Tämä Alasen huomio on osa hänen vuoden 1968 professorin virkaanastujaisesitelmää, jossa hän arvioi ja arvostelee sen hetkistä suomalaista mielisairaanhoitoa verraten sitä muihin maihin.

Miksi perhehoidon ohella Suomessa ei ryhdytty aiemmin järjestämään kotisairaanhoitoa? Kotisairaanhoito oli tavanomaista sairaanhoitoa perusterveydenhuollossa,<sup>366</sup> mutta miksi ei mielisairaanhoidossa? Selitys tähän on tulkintani mukaan yksinkertainen: maalaismielisiraalajärjestelmä. Mielisairaalat olivat isoja sairaalakomplekseja, omia maailmojaan. Ei ollut laajalle levinneitä mielisairaanhoidon yksikköjä poliklinikkoineen ja huoltotoimistoineen. Tämä järjestelmä tarkoitti myös sitä, että mielisairaanhoito oli käytännössä erossa yleissairaanhoidosta. Suomessa perhehoidon kriteeriksi olikin vakiintunut laitoksen maaseutumainen lähiympäristö. Kotihoito olisi voinut olla periaatteessa mahdollinen mielisairaalan läheisyydessä, jossa perhehoitoakin harjoitettiin, mutta oletettavasti sairastuneita ei ollut kovin montaa sairaalan läheisyydestä. Saman toteaa Päivänsalokin.<sup>367</sup> Toisaalta, asenteena näyttäisi olleen, että mielisairaalle on parhaaksi olla erossa kodin ympäristöstä.<sup>368</sup> Tässä tavallaan tultiin myöntäneeksi ympäristön vaikutus sairastuneen ahdinkoon. Siitä ei vain vedetty johtopäätöstä, että sairastuneen perhettä tulisi tukea, jotta kotisairaanhoito olisi käynyt mahdolliseksi. Mutta kuten jo todettua, tuki perheille olisi ollut käytännössä mahdotonta muutaman valtiollisen keskusmielisairaalan ja piirimielisairaaloiden välityksellä.

Pitkänimessä vuoden 1964 heinäkuussa kylvettiin kotisairaanhoidon ensimmäinen siemen, kun omalääkäriperiaatteella toteutettiin hoitosuhteen jatkuvuus osastolta poistuneisiin potilaisiin. Järjestely voitiin toteuttaa vain suhteellisen lähellä sairaalaa asuvien potilaiden kanssa. Lääkäriin lisäksi kotiinsa palannutta potilasta tukemaan palkattiin tarpeen vaatiessa kotikäyntejä tekevä ja tähän tehtävään koulutuksen saanut sairaanhoitaja. Kokemukset tästä ”kotisairaanhoito-osasto” -kokeilusta olivat myönteisiä. Ensimmäisenä vuonna kotisairaanhoidon piiriin kuului 61 potilasta,

---

<sup>364</sup> Tämä tulkinta perustuu vuoden 1967 Psykiatrinen kuntoutus -teokseen. Teoksen kirjoittajat olivat keskeisiä hahmoja suomalaisessa psykiatriassa ja kirjan teemat käsittelivät niitä hoito- ja kuntoutusmuotoja, jotka vakiintuivat yleisiksi tavoiksi järjestää mielenterveyspalveluja.

<sup>365</sup> Alanen 1969, 308.

<sup>366</sup> Kunnanlääkärijärjestelmän aikana kotikäynnit olivat tavanmukaista lääkärintyötä. Kts. Hakosalo 2010, 1546–1548.

<sup>367</sup> Päivänsalo 1940, 31.

<sup>368</sup> Anttinen kertoi haastattelussa, että yksi Pitkänimien lääkäri vastusti tällä periaatteella Anttisen kotisairaanhoitokokeilua. Myös perhehoidon puoltaja Päivänsalo kirjoitti, että ”sitä paitsi useinkin on potilaan hoidon kannalta edullisempaa, että hän joutuu vieraaseen ympäristöön.” Päivänsalo 1940, 31.

kun heitä vuonna 1967 oli jo 169 kappaletta. Vuosina 1965 ja 1967 selvitettiin tiettynä päivänä sairaalassa olleiden sairauden tila ja kuntoutumispotentiaali.<sup>369</sup> Nämä tutkimukset olivat vastaavia kuin Kalle Achtén johdolla toisaalla vuosina 1963, 1964 ja 1965 tehdyt alueelliset tutkimukset. Useilla potilailla voitiin näiden inventaariotutkimusten perusteella arvioida olevan myönteistä kuntoutumispotentiaalia ja kolikon toisena puolena sairaalalla olevan laitostavaa ja kroonistavaa vaikutusta. Tällöin tuli tarkoituksenmukaiseksi pohtia kattavaa kuntoutusjärjestelmää, joka oli aiemmin ollut puutteellinen suhteutettuna sairastuneiden tarpeisiin. Selväksi vaikutelmaksi tuli, että pitkäaikaissairailla ja erityisesti skitsofreniaa sairastavilla sairaalapotilailla olisi huomattava kuntoutuksen tarve. Tutkimukset antoivat viitteitä siitä, että kuntoutus voisi vaatia sairaalan ulkopuolisen asumisen sekä perheitä intensiivisesti tukevaa hoitoa.<sup>370</sup>

Kotisairaanhoito näyttäisi korvanneen Pitkäniemessä perhehoidon. Perhehoito oli aloitettu siellä uudestaan vuoden 1935 syksyllä. Perhehoidossa oli ollut 1950-luvun lopulla noin 20 potilasta ja vuonna 1971 heitä oli enää neljä.<sup>371</sup>

Vakiintuneina vaihtoehtoina kroonisesti sairaille olivat sairaalahoito ja mielenterveystoimistojen vastaanotoilla käynnit. Uuden ja sairasta mahdollisesti kuntouttavan järjestelmän luominen vaati asennemuutosta, resurssien uudelleen ohjaamista ja lain muuttamista sopivammaksi monipuolisia avohoidollisia ajattelutapoja kohtaan. Ajatus, että kroonisesti sairas voitaisiin kuntouttaa takaisin yhteiskuntaan, ei vielä vaikuttanut perussuuntauksena mielisairaanhoidossa. Pitkäniemessä inventaariotutkimusten alla vuoden 1965 kesällä oli aloitettu skitsofrenian kotisairaanhoitotutkimus, joka jatkui vuoden 1968 loppuun. Anttiselle aivovammasairaalassa tärkeä oppi oli ollut aivovammaisten ihmisten lähiomaisten merkitys kuntoutumisprosessissa. Potilaat, joiden läheiset ihmiset olivat tukeneet vammautunutta omaistaan, olivat kuntoutuneet paremmin kuin ne, joilla ei ollut samanlaista ympäristön tukea.

*Minulla oli aika vahva peruste aivovammasairaalassa saaduista kokemuksista. Nimenomaan se, että saataisiin keinoja yhteistoimintaan potilaan, kodin ja hoitavan tahon välille.*<sup>372</sup>

<sup>369</sup> Anttisen ensimmäinen sosiaalipsykiatriaan liittyvä kirjoitus ilmestyi vuoden 1965 Sairaala lehden kuudennessa numerossa nimellä *Avohoito teollisuusalueilla*. Hänen toinen sosiaalipsykiatriaan liittyvä julkaistu kirjoitus on vuodelta 1966. Tämä Pitkäniemessä tehdyn inventaariotutkimuksen tuloksiin perustuva kirjoitus julkaistiin Sosiaalivakuutus-lehdessä. Tämän jälkeen häneltä ilmestyi vuosittain sosiaalipsykiatrisia artikkeleita, tutkimusraportteja tai lehtikirjoituksia, puhumattakaan esitelmistä, luennoista ja puheista. Anttinen, Erik E. et al. 1967.

<sup>370</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen & Ojanen 1984, 13–15; Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomus vuodelta 1964; Kaarninen & Kaarninen 1990, 192; Anttinen et al. 1971, 11.

<sup>371</sup> Kaarninen & Kaarninen 1990, 191–193; Päivänsalo 1940, 30.

<sup>372</sup> Anttisen haastattelu.

Kun Anttinen tuli syyskuussa 1963 Pitkänien sairaalan ylilääkäriksi ja kiersi sen osastot ja varsinkin Hatanpään psykiatrisen sairaalan ja Keijärven sairaalan, niin vaikutelma oli tyrmäävä. Akuuttiin hoitoon pyrkijöitä oli jonossa monen kuukauden takaa läheteillä, joissa edellytettiin tahdosta riippumatonta hoitoa vaikeaan psykoosiin sairastuneille potilaille. Jono piti mahdollisimman pian saada purettua, mutta se edellytti sen, että saataisiin potilaita pois sairaaloista ja siten tyhjiä paikkoja käytettyä akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaitten hyväksi.<sup>373</sup>

---

*Lääkintöhallituksen pääjohtaja professori Leo Noron kanssa tämä tuli puheeksi ihan vaan jossakin illanistujaistilaisuudessa Helsingissä. Hän sanoi silloin, että hän voisi koettaa auttaa, jos saataisiin rahoitettua tutkimus, jossa selvitettäisiin, mitä mahdollisuuksia olisi siirtää näitä kroonisia potilaita sairaalasta pois koteihin.*<sup>374</sup>

---

*Silloin jo 1963 syksyllä minulla lensi kynttilä palamaan päähän, että eihän se ole mikään mahdottomuus, koska tunsin jo niin monia potilaita, jotka minusta olivat tasaantuneita, rauhallisia ihmisiä. Kävivät sairaalan työpaikoissa työssä taikka harrastivat maalausta, soittamista, urheilua tai mitä tahansa. Että kyllä he varmasti selviytyisivät kotona, jos olisi jokin järjestelmä, joka tukisi heitä. Tästä se lähti liikkeelle.*<sup>375</sup>

---

Anttinen lähetti 1963–1964 vuodenvaihteessa määräraha-anomuksen Kansaneläkelaitokseen, joka sitten tarjosi vuonna 1964 määrärahaa potilaiden kodeissa tapahtuvaa kuntouttavaa kehittämishanketta varten ja lopulta hyväksyi työsuunnitelman keväällä 1965. Työ saatiin valmiiksi vuoden 1968 lopulla. Tutkimusprojekti osoitti kotisairaanhoidon toimivuuden ja sen ansiosta toimintamuoto vakiintui Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä ja levisi myös muihin sairaaloihin.<sup>376</sup>

---

Anttinen sai määrärahan sadan skitsofreniapotilaan jälkihoidon ja kuntoutuksen järjestämiseksi kotisairaanhoidomenetelmällä. Keväällä 1964 Pitkäniemeen oli perustettu lisää erikoissairaanhoidajan virkoja. Virkojen täyttöprosessin yhteydessä Leena Salmijärvi, josta sittemmin tuli Sopimusvuori ry:n toiminnanjohtaja, oli hakijoiden joukossa. Salmijärvi oli kiinnostunut kotisairaanhoidotyöstä, koska oli ollut ennen erikoistumistaan psykiatria-

---

<sup>373</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>374</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>375</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>376</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen et. al. 1971, 5.

terveyssisarena Längelmäellä, jossa hän oli joutunut pitkien jonojen takia hoitamaan psykoosissakin olleita potilaita näiden kotona. Salmijärvi oli esittänyt heti kättelyssä, että hän ei ala osastonhoitajaksi, vaan haluaa tehdä töitä avohoidon puolella. Näin saatiin sitoutunut ja kotisairaanhoidon kehittämisestä kiinnostunut henkilö heti mukaan projektiin.<sup>377</sup>

---

Perheen avainhenkilön tuli antaa tukensa tälle toiminnalle. Kotiin välitettiin ajantasainen lääkehoito ja huolehdittiin, että lääkkeet otettiin. Aluksi käytiin kaksi kertaa viikossa, sitten viikoittain, sitten kahden viikon välein. Kotikäynneillä oltiin kolmesta vartista puoleentoista tuntiin. Kotisairaanhoidon lääkärinä toiminut psykiatri Pekka Stenij muistelee, että potilaiden kodeissa suhtauduttiin ”oikein mukavasta sekä potilaaseen että siihen, että me tungettiin sinne”. Projektin yhtenä tuloksena oli se, että potilaan ja omaisen luottamus syntyy neljännellä tai viidennellä käyntikerralla. Luottamuksen syntymisestä mainitsee myös Achté lyhyessä vuoden 1967 kotisairaanhoidon esityksessään. Tästä johtopäätöksenä tietysti voitiin vetää se, että henkilökunnan täytyy olla sitoutunutta tällaiseen psykiatriseen sairaanhoitoon, mikäli tuloksien halutaan olla mahdollisimman myönteisiä.<sup>378</sup>

---

Kotisairaanhoidon, kuten modernin psykiatrisen sairaanhoidon yleensäkin, yhtenä kulmakivenä ovat toimiva lääkitys. Stenij näkikin lääkehoidolla olleen merkittävä rooli kotisairaanhoidon onnistumisessa: ”siinä oli verrattuna aikaisempiin, että siihen aikaan kun tämä tapahtui, niin oli jo aika hyvät lääkkeet. Että se lääkitys piti potilaan varsin hyväkuntoisena.”<sup>379</sup> Koska tarkoituksena oli kehittää nimenomaan kuntouttavaa kotisairaanhoidon muotoa, niin potilaita pyrittiin aktivoimaan kotitöihin. Laitostumisesta kertoi se, että kotitöiden tekeminen ”vähän oli aluksi vastahakoista, mutta sitten vähitellen he alkoivat osallistua kotitöihin”.<sup>380</sup>

---

Mielisairaanhoidossa oli pitkään totuttu siihen, että tehtiin potilaan puolesta asioita eikä juuri annettu mitään vastuuta. Tässä tuleekin vastaan Anttisen mukaan yksi kuntoutuksen perusta:

*Se vastuun oleminen ihmisellä on erittäin tärkeä asia, että voi kokea itsellä olevan merkitystä jollekin, johonkin asiaan tai ihmiseen nähden. Ja se, että uskaltaa ottaa vastuun merkitsee sitä, että itsetunnosta on kuitenkin jotakin sellaista jäljellä, joka sallii sen. Nämä ovat kysymyksiä, joista liian vähän keskustellaan, kun tätä kuntoutusta pohditaan... Se on yksi kuntoutuksen lähtökohta,*

---

<sup>377</sup> Anttisen haastattelu; Salmijärven haastattelu; Anttinen et. al. 1971, 5.

<sup>378</sup> Anttisen haastattelu; Stenijin haastattelu; Achté 1967, 200; Anttinen et. al. 1971, 52.

<sup>379</sup> Stenijin haastattelu.

<sup>380</sup> Anttisen haastattelu.



*että ihmiseen luotetaan, että hänelle annetaan vastuuta ja hän kokee myös, että hänellä on oikeuksia. Ne ovat autonomisen ihmisen peruspilareita.*<sup>381</sup>

---

Pitkäniemen sairaalassa Anttinen sai kohdata vanhan näkemyksen<sup>382</sup> siitä, että koti ei ole sovelias paikka sairaalle ja siten kotisairaanhoidoprojekti olisi arveluttava:

*Tätä vastustettiin. Siitä oli aikamoinen vastustus. Yksi tämän talon lääkäreistä sanoi, että se on epäeettistä, että minä poistan täältä potilaita kotisairaanhoidoon, sellaisiin olosuhteisiin, jotka voivat olla aika turvattomia.*<sup>383</sup>

---

Projektissa saatiin kuitenkin näyttöä, että monet potilaat ovat turhaan sairaalassa. Se tuki ajatusta, että sairaaloita kannattaa pienentää ja jäljellä olevia sairaalapaikkoja hoidollisesti intensifioida, mutta sillä edellytyksellä, että avohoitoa kehitetään. Anttisen johdolla tehty kotisairaanhoidotutkimus päättyi vuonna 1971 julkaistussa raportissa tulokseen, että pitkät sairaalahoitoajat johtavat laitostumiseen, kontaktit yhteiskuntaan ja työelämään katkeavat, asunto ja läheiset suhteet menetetään. Näiden asioiden takaisin saavuttaminen eristäytyneen elämän jälkeen on puolestaan hyvin vaikeaa. Raportissa todetaan seuraavasti:<sup>384</sup>

---

*Skitsofreniaa sairastuneitten ja erikoisesti nyt sairastavien hoito ja kuntoutus olisi suunnattava voimakkaasti avohoitokeskeiseksi, perhettä hoitavaksi, myös muita ihmissuhteita ja erikoisesti juuri ammatillisia suhteita säilyttäväksi. Viimemainittu seikka tulee monesti tuottamaan voittamattomia vaikeuksia.*<sup>385</sup>

---

---

<sup>381</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>382</sup> Ymmärrettävä näkökanta, jos vertaa mielisairaiden kokemaan käsittelyyn kotiooloissaan ennen tehokkaita lääkkeitä ja johdonmukaista tukea. Mutta nyt nimenomaan oli olemassa tehokkaampi lääkitys, annettiin aktiivista tukea perheelle, psykoosin iskiessä päälle oli mahdollista palata sairaalaan ja taustalla oli jäsennelty käsitys tuetun perheen kuntouttavasta merkityksestä. Tässä ilmeisesti tullaan jälleen kysymykseen luottamuksen puutteesta, sama asia, joka kohdistui potilaisiin esimerkiksi alumiinilautasten kohdalla. Tällä kertaa ei vain kyetty lähtökohtaisesti luottamaan perheeseen, koska oli ilmeisesti totuttu ajattelemaan potilaan perheen olleen juuri se mielisairauden laukaiseva tai ainakin paranemista vaikeuttava tekijä. Myös Kalle Achté kirjoitti vuonna 1961, että ”Monen sairastuneen kohdalla juuri omassa kodissa olosuhteet ovat olleet epäedulliset ja sairautta edistäviä” Achté 1961, 503. Ehkä Anttisen kotisairaanhoidokokeilua vastustavan lääkärin kohdalla saattoi olla kyseessä jokin radikaalimpi aikansa perhepsykoterapeuttinen näkemys siitä, että sairastumisen yhtenä ellei peräti keskeisenä syynä saattaakin olla häiriintyneet suhteet perheen sisällä. Toisaalta perhepsykoterapeuttiset näkemykset luultavasti veivät eteenpäin tarvetta antaa tukea perheille ja edelleen kehittää jonkinlaista ehkäisevän mielenterveystyön palveluja perheille.

<sup>383</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>384</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen et. al. 1971, 12.

<sup>385</sup> Anttinen et. al. 1971, 12.

*Yhteiskuntaan palaaminen ja nimenomaan luontaiseen ympäristöön sijoittuminen on vaikeamminkin skitsofreniaa sairastavalle yhä useammassa tapauksessa mahdollista ja myös psykiatrisesti arvostellen aiheellista kunhan huolellinen, mutta kuitenkin mahdollisimman lyhytaikainen sairaalahoito on hänelle suotu.*<sup>386</sup>

---

Kuten perhehoidossa aikanaan, niin myös kotisairaanhoidon kohdalla sairaala nähtiin tavallaan välttämättömäksi tukikohdaksi, josta potilas valmistellaan kotisairaanhoidoon ja jonne potilas voi tarvittaessa palata. Kotisairaanhoido oli Pitkänimessä aluksi sairaalaan liittyvää toimintaa, kunnes potilaat alkoivat pärjätä ilman intensiivistä tukea. Tällöin he saivat siirtyä mielenterveystoimistojen vastuulle, mikä olikin Achtén mukaan tämän uuden hoitomuodon sapluuna. Näin saatiin taas uusia potilaita sairaalasta käsin johdettuun kotisairaanhoidoon.<sup>387</sup>

---

Kotisairaanhoidossa olevien potilaiden määrä vaihteli 60:stä 120:een, kunnes se lopulta siirrettiin vuonna 1974 mielenterveystoimistoille, joissa se alkoi kuihtua Anttisen jo lähdettyä yliopistolle sosiaalipsykiatrian professorin virkaan. Kuihtumisen vuoksi Sopimusvuorossa järjestettiin kotisairaanhoidoseminaari, johon tuli mielenterveystoimistojen henkilökuntaa. Sen jälkeen sitä alettiin uudestaan jossain määrin harrastaa.<sup>388</sup>

---

Kotisairaanhoidon kuihtumisessa voi havaita jotain samaa mitä perhehoidon kohdalla tapahtui. Kun siitä aktiivisesti kiinnostunut johtava ylilääkäri siirtyi muihin tehtäviin, niin hoitomuoto alkoi menettää merkitystään riippumatta kyseisen hoitomuodon tuloksellisuudesta. Anttinen toteaaakin haastattelussa, että ”me tarvittaisiin terveydenhuollossa aika paljon asenteellisen ilmaston muuttumista myönteisemmäksi kotona tapahtuvalle toiminnalle ja kotikäynneille.”<sup>389</sup>

---

*Tarvittiin paljon vähemmän sairaalahoitoa, kuin mitä oli odotettu tämän kahden vuoden aikana. Eikä tarvittu yleensä mitään pakkotoimenpiteitä, vaan potilas tuli Leena Salmijärven viereen siihen pikku Saabiin istumaan ja ajettiin sairaalaan ja menttiin osastolle ja saatiin hoitoa ehkä viikko, ehkä kaksi viikkoa. Sitten tultiin kotiin. Ihminen, joka oli sitä ennen ehkä hyvinkin pitkään hoidossa... Tämä oli tavallaan ensimmäinen konkreettinen muutos toiminnasta että lähdettiin tähän*

---

<sup>386</sup> Anttinen et. al. 1971, 13.

<sup>387</sup> Anttisen haastattelu; Anttinen et. al. 1971, 184; Achté 1967, 201.

<sup>388</sup> Anttisen haastattelu; Kaarninen & Kaarninen 1990, 193, 216.

<sup>389</sup> Anttisen haastattelu.

*kotisairaanhoidoon. Ja sitä tietä saatiin näitä pitkäaikaissairaita ihmisiä pois sairaalasta. Ja saatiin sitten tilalle siitä jonosta näitä akuutimpia hoidettavaksi.*<sup>390</sup>

---

Kotisairaanhoidon ansiosta havaittiin, että kotisairaanhoidopotilaiden joukossa oli ihmisiä, jotka olivat hyvin yksinäisiä ja että he tarvitsivat jotain muuta kuin sairaalahoidon tai kotisairaanhoidon. Ajatuksena oli, että he tarvitsivat jotakin, jossa he saisivat yhteisöllistä ihmisverkostoa lähelleen sotien jälkeen kehitetyn terapeuttien yhteisöjen -ajattelutavan mukaisesti. Tämän tarpeen tiedostaminen lopulta johti Sopimusvuori ry:n perustamiseen.<sup>391</sup>

---

Avohoidon kehittämisen kannalta keskeisenä ongelmana oli se, että vuoden 1952 mielisairaslaissa ei mainittu laaja-alaisen avohoidon kannalta tarpeellisia toimintamuotoja: asumisen tukemista, erilaisten toimintamuotojen tukemista ja erilaisia kuntoutukseen muuten tähtääviä toimintamuotoja. Vasta mielisairaslain uudistuksen jälkeen vuonna 1977 ja uusimmassa mielenterveyslaissa vuodelta 1990 ne on todettu suosituksena, että niitä olisi hyvä kehittää.<sup>392</sup>

---

*Silloin kun niitä ei ollenkaan mainittu, niin kuntainliitot eivät halunneet ryhtyä semmoiseen, kun laissa ei mitään puhuta. [Lääkintöhallituksen] pääjohtaja Pesonen sanoi minulle: ”Jos sinä katsot, että kotisairaanhoido on arvokasta, niin pane pystyyn semmoinen, vaikka laissa ei sanotakaan.” Mutta oli piirejä, jotka ajattelivat, että mitä ei laissa sanota, on laissa kiellettyä. Ja se mikä laissa sanotaan, niin se on sitten sallittua.*<sup>393</sup>

---

Ongelma perustui siihen, että saadaanko valtionapu sellaiseen hankkeeseen, mitä ei lain pykälissä mainita ja siihen kuntien edustajat vetosivatkin. Kotisairaanhoidokokeilukin onnistui, koska siihen saatiin rahat muualta. Anttinen alkoi vasta kahden vuoden päästä hankkeen aloituksesta vuonna 1968 puhua liittohallituksessa, että ”tämmöistä pitäisi jatkaa, koska se on osoittautunut hyväksi ja se on säästänyt teidän rahojanne paljon, kun se on säästänyt potilaita sairaalahoidolta”.<sup>394</sup>

---

---

<sup>390</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>391</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>392</sup> Anttisen haastattelu; Mielisairaslaki 187/1952; Mielisairaslain osittaisuudistus 521/1977; Mielenterveyslaki 1116/1990.

<sup>393</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>394</sup> Anttisen haastattelu.

Kotisairaanhoidon kustannukset hoitopäivää kohden ovat Achtén mukaan huokeita vuodeosaston kustannuksiin nähden. Kotisairaanhoido vähentää hänen mukaansa myös potilaiden passiivisuutta. Samoihin johtopäätöksiin päätyy Anttisen johtaman työryhmän raportti kotisairaanhoidosta.<sup>395</sup>

Raportin johtopäätöksessä todetaan, että kotisairaanhoidotyö on ”raskasta, aloitekykyä ja neuvokkuutta vaativa työ” ja siten sopivan henkilökunnan valitseminen että saaminen voi olla vaikeaa.<sup>396</sup> Samankaltaiseen johtopäätökseen oli päätenyt myös Elosuo omassa skitsofreniaa sairasteiden kuntoutumista käsitelleessä työssään, kun ”nuoren innostuneen” henkilökunnan merkitys nousi esiin.<sup>397</sup>

Asuntojen järjestämisen sairaalassa kuntoutuneille potilaille oli suuri merkitys. Tämä ilmenee Elosuon esiin nostamista ongelmista kuntoutuneiden potilaiden yhteiskuntaan palaamisen kannalta.<sup>398</sup> Elosuonkin kohtaamiin ongelmiin pyrittiin vastaamaan Pirkanmaalla oma-aloitteisella asuntojen hankinnalla potilaita varten. Syntyi Sopimusvuori ry.

#### **4.8 Sairaalan ulkopuolisen avohoitojärjestelmän synty: Sopimusvuori ry.**

Kasvavassa määrin oli muodostunut tietoon ja kokemuksiin perustuvaa tarvetta saada aikaiseksi kotisairaanhoidonomaista toimintaa yksinäisille sairastuneille ihmisille. Ideologisina lähtökohtina Pirkanmaalla voidaan pitää terapeuttisten yhteisöjen ideaa ja kotisairaanhoidotutkimusta Pitkäniemessä, mutta myös käytännön järkeen perustuvaa näkemystä hyvästä hoidosta. Autoritäärinen potilassuhde, jossa lääkäri tai hoitaja käyttää asiantuntija-auktoriteettiaan potilasta liiemmin kuulematta, oli suuri ongelma perinteisessä sairaalajärjestelmässä. Myös liiallinen hoivaaminen ja siten vastuun ja luottamuksen epäminen heikensivät sairaalapotilaiden kuntoutumisedellytyksiä tämän laitostuessa, mistä puolestaan juonsi pessimistinen yleisasenne potilaiden kykyä kohtaan.

Kun kyseessä oli Suomen oloihin nähden uusi psykiatrinen kuntoutusmuoto, niin evästyksiä käytiin hakemassa ulkomailta, Ruotsista, Tanskasta, Norjasta ja Englannista.<sup>399</sup> Kuntoutuksen johtava maa

---

<sup>395</sup> Achté 1967, 200; Anttinen et. al. 1971, 184.

<sup>396</sup> Anttinen et. al. 1971, 184.

<sup>397</sup> Salo 1996, 202.

<sup>398</sup> Salo 1996, 201–203.

<sup>399</sup> Anttisen haastattelu; Salmijärven haastattelu.

1960-luvun lopulla oli Englanti. Esimerkiksi teollisuushoidon avulla siellä kuntoutettiin Karvosen mukaan kahdessa vuodessa 25 % vapaille työmarkkinoille tai suojatyöhön keskimäärin 12 vuotta sairaalahoidossa olleita potilaita.<sup>400</sup> Sairaanhoidtajaliiton Pohjois-Hämeen piiriyhdistyksen vuonna 1959 perustama psykiatrinen kerho alkoi järjestää ulkomaan opintomatkoja vuodesta 1965 lähtien. Ensimmäisenä vuonna vierailtiin Ruotsissa Långbron ja Lingköpingin psykiatrisissa sairaaloissa, joissa kuntouttavaa toimintaa oli jo kehitelty pitkälle. Potilaiden omatoimisuuden kehittäminen oli niissä keskeinen tavoite. Psykiatrisen kerhon ja sittemmin Sopimusvuori ry:n yhtenä perustaja jäsenenä toiminut Pirkko Valmari oli itse työskennellyt Långbron psykiatrisessa sairaalassa.<sup>401</sup> Näin hankittiin uusia käsityksiä ja oli olemassa jo valmiiksi hyvää pohjaa uuden järjestelmän luomiselle.

Anttinen katsoi, että vierailujen ansiosta Sopimusvuori ry. sai itselleen hyvin paljon toiminnallisia muotoja, jotka tarkoittivat käytännössä sitä, että tehtiin yhdessä jotakin esimerkiksi käsillä. Anttisen mukaan ”tekeminen ja eläytyvä kokeminen yksilöllisesti on tärkeitä. Se, mitä teen käsilläni, merkitsee aina, että aivoissakin tapahtuu jotakin. Jos tämän yhteistoiminnan avulla saa jotakin, mikä on valmista, kaunista, käytännöllistä tai arvokasta, niin se nostaa ihmisen itsetuntoa.”<sup>402</sup>

”Sopimusvuoressa heti alusta pitäen oli lähtökohta, että mitään ei tehdä ilman yhteisiä päätöksiä”, Anttinen kertoi Sopimusvuoren soveltamasta terapeuttien yhteisöjen -mallista. Terapeutit yhteisöt syntyivät toisen maailmansodan aikana, Englannissa niitä oli jo 40-luvun lopulla ja 50-luvun alussa. Anttinen kertoi, kuinka hän oli itse käsittänyt terapeuttien yhteisöjen perustan:

*Terapeuttisen yhteisön ideologia perustuu paljon siihen, että saadaan ihminen yhteen toisten ihmisten kanssa, ettei hän ole enää niin yksin. Ja että opitaan arvostamaan tätä ihmistä sellaisena kuin hän on ja kunnioittamaan häntä ja hänessä kenties olevia ilmiöitä uudella tavalla. Ja että opittaisiin tukemaan häntä autonomiaan sillä tavalla, että hän oppisi ottamaan vastuuta itsestään ja muista, ja sitä tietä saavuttamaan itsetuntoansa terveellä tavalla. Nehän ovat aivan tällaisia suuria periaatteita, joita kokonaisuudessaan pitäisi sisältyä psykiatrian humanisoimisen prosessiin.*<sup>403</sup>

Sopimusvuoressa on pääsääntöisesti keskitytty skitsofreniaa sairastavien kuntouttamiseen. Tämä johtuu siitä, että suurin osa sairaaloiden pitkäaikaipotilaista sairasti nimenomaan skitsofreniaa,

---

<sup>400</sup> Karvonen 1967, 89–90.

<sup>401</sup> Ahola & Harju 2010, 23–27.

<sup>402</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>403</sup> Anttisen haastattelu.

minkä vuoksi katsottiin tarkoituksenmukaiseksi keskittyä heidän kuntoutusproblematiikkaansa. Anttinen on edustanut bio-psyko-sosiaalista ihmiskuvaa viimeistään Lapinlahden ja Aivovammasairaalan ajoista lähtien. Hänen merkittävin panoksensa psykiatrian alalla on ollut nimenomaisesti sosiaalinen puoli kotisairaanhoidotutkimuksesta alkaen. Kun kuntoutettavana on pitkäaikaissairaita sairaalapotilaita, keskeisenä ongelmana on laitostumisesta johtuva sosiaalisten ja emotionaalisten kykyjen latistuminen, joka käytännössä tarkoittaa oma-aloitteellisuuden, vastuullisuuden ja sosiaalisten taitojen supistumista. Kuntoutus, joka osin on laitostumisen noidankehän murtamista, voi tapahtua harjoittelemalla tulemaan toimeen, pärjäämään, ottamaan vastuuta ja viihtymäänkin muiden ihmisten kanssa. Siten yhteisöllisyyteen perustuvan kuntoutusmallin kehittäminen tuli välttämättömäksi.

Sopimusvuoren toimintaa kuvataan käsitteellä *porrasteinen integroitu kuntoutusjärjestelmä*. Porrasteisuudella tarkoitetaan joustavaa kuntoutusjärjestelmää kuntoutuskodeista vuokra- tai omistusasuntoon ja ehkä työmarkkinoille. Porrasteisuus ei tarkoita, että kaikki askeleet on käytävä lävitse. Ensisijainen periaate on aina huomioida kuntoutuvan tarpeet, jolloin jokin porras voi hyvinkin jäädä pois kuvioista. Kuntoutumisen tavoitteeksi ei välttämättä aseteta työhön kuntoutumista vaan yleensä paremman elämänlaadun saavuttamista, joka joskus voi toteutua myös työn ja oman asunnon saantina.

*Psykiatrinen potilaiden kohdalla... täytyisi aina olla päämääränä se, että mennään eteenpäin, saadaan parempi elämänlaatu, päästään autonomisempaan elämään, päästään päättämään enemmän omista asioista ja sitä tietä ehkä yhteiskunnan jäseneksi. Se on utopiaa, että niin kävisi aina, mutta monien kohdalla se ei ole utopiaa.*<sup>404</sup>

---

Sairaalaan kroonistuneet tai kroonistetut potilaat koettiin yleisesti parantumattomiksi. Tilannetta olivat hankaloittamassa hoitopessimistiset asenteet sekä lain rajoittunut tulkinta. Vuonna 1927 Erik Anttisen isä Einar Anttinen oli perustanut Helsinkiin maan ensimmäinen huoltotoimisto, jonka tulokset olivat olleet aikansa lääkehoitoon nähden hyvät. Siitä huolimatta seuraava huoltotoimisto perustettiin kuitenkin vasta vuonna 1937 ja sekin asiasta innostuneen lääkärin oma-aloitteisuuden ansiosta. ”Yhteiskunnalle on tyypillistä tällainen hitausmomentti”, Anttinen huomauttaa. ”Ensin kokeillaan jotakin, saadaan hyvät tulokset ja sen jälkeen ei tapahdu mitään. Seuraava huoltotoimisto tuli Suomeen Poriin vuonna [1937]. Siinä oli [kymmenen] vuotta eroa, mikä on tietysti aivan

---

<sup>404</sup> Anttisen haastattelu.

idioottimaista. Jos minä näen, että näin pitää tehdä, niin minun pitäisi voida viiden vuoden sisällä saada systeemi menemään!”<sup>405</sup> Siis vaikka jonkinlaista näyttöä psykiatristen potilaiden kuntoutuvuudesta oli olemassa, niin järjestelmä ei taipunut erityisen tehokkaasti kuntouttavaa järjestelmää tukemaan.

Vuonna 1970 Nokialla asiat laitettiin toimimaan viivyttelöttä. Edellytyksenä olivat tutkimustiedon lisäksi ennakkoluulottomat, kehitystyöhön halukkaasti tarttuvat ja eritoten ihmisen kykyihin uskovat ihmiset. Aloite ”laittomien” asuntolapalvelujen järjestämiseksi lähti Leena Salmijärven selväjärkisestä ajatuksesta: ensisijaisena ongelmana oli asuntojen puuttuminen, joten asuntoja oli hankittava. Koska kunnat eivät lähteneet tukemaan ehdotusta samalla kapasiteetilla kuin lainkirjaimen mukaisia mielenterveystoimistoja tai perhehoitoa, laitettiin omaa varallisuutta likoon.

Henkilökunnan sitoutuneisuus kotisairaanhoidon, asuntolahankkeeseen ja lopulta Sopimusvuorityöhön oli yksi välttämätön edellytys koko toiminnan toteutumiselle. Sopimusvuorityö on käytännössä ollut sairaanhoitajajohtoista ja tasa-arvoisuuden periaatteen todesta ottavaa. Siksi on tarkoituksenmukaista tarkastella Sopimusvuoren sairaanhoitajataustoja tarkemmin. Kuitenkin, Sopimusvuoren liikkeellepanija Leena Salmijärvi arvelee, että Sopimusvuori olisi jäänyt käytännössä ompeluseuraksi, jos siinä ei olisi ollut Anttinen mukana tuomassa tieteellistä panosta ja jos hän ei olisi ollut suhteidensa kautta nostamassa toimintaa kansalliseen ja kansainväliseen tietoisuuteen. Myös lääkäri Ritva Jokinen ja Tampereen yliopiston psykologian laitokselta vuonna 1971 toimintaan mukaan tullut Markku Ojanen ovat olleet merkityksellisiä toiminnan tunnettuuden levittäjiä.<sup>406</sup>

Salmijärvi muistelee kuinka hänelle oli syntynyt näkemys asuntoloiden tarpeesta mielisairaanhoidossa:

*Kyllä minulla oli omaa optimismia, koska jouduin Längelmäellä terveyssisarena hoitamaan vaikeita potilaita kotihoidossa. Joskus selvittiin ja joskus ei, useimmin selvittiin. Minä näin, että ihmisissä on voimavaroja. Silloin minulla ei ollut psykiatrasta erikoistumistakaan. Mietin jo siellä, että ”täällä Längelmäellä voisi olla jokin tyhjä koulu tai muu vastaava, johon voisi ottaa potilaita, ja kun saisi vielä työntekijän, jonkun joka keittäisi ruokaa, hyvän ja tavallisen ihmisen.” Sitten*

---

<sup>405</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>406</sup> Salmijärven haastattelu.

*näkemystäni vahvasti vielä se, kun erikoistuin Helsingissä psykiatriseen avohoitoon kaikkien muiden erikoistuesssa laitoshoidon. Helsingissä oli suuria asuntoloita, joissa minun monia potilaitani oli. Heidän piti aamulla lähteä paperikassinsa kanssa kaupungille rappukäytäviin ja muualle ja illalla sai palata. Se pantiin aina kiinni päiväksi. Ajattelin, että nämä ihmisraukat joutuvat kulkemaan pitkin katuja, rappukäytäviä ja baareja. Kyllä täytyisi olla kodikkaita pienempiä yhteisöjä, joissa he voisivat olla. Sieltä minulla se ajatus oli lähtenyt.*<sup>407</sup>

---

Salmijärvi tuli vuonna 1964 Pitkäniemen sairaalaan ja siellä hänelle Längelmäellä, Helsingissä ja nyt Pohjois-Hämeen mielisairaanhoitopiirissä noussut kysymys kodikkaan asuntolayhteisön järjestämisestä mielenterveyspotilaille sai vihdoinkin vastauksen. Salmijärvi ehdotti vuonna 1966 talon vuokraamista Nokialta asuntolaa varten. Nokian kauppa lupasi vuokrata talon sillä ehdolla, että sinne otettaisiin nokialaisia pitkäaikaipotilaita.

*Koin kauheata vastusta osastolta, kun pääsyvaatimuksena oli, että pitää olla vähintään kymmenen vuoden sairaalahoidon. Päätettiin Erik Anttisen kanssa, että otetaan hyvin pitkään sairaalassa olleita, joita sairaalat olivat täynnä, hyväkuntoisia pitkäaikaipotilaita. Sairaala oli muodostunut heidän kodikseen. Henkilökunta sanoi, että ”ei tule mitään, eiväthän he kykene mihinkään.” Keijärven sairaalasta ja Pitkäniemen sairaalasta tuli kuusi nokialaista naispotilasta. Pisimmät hoitoajat olivat silloin 28 vuotta, lähes 30 vuotta melkein kaikilla. Nokian kauppa oli myynyt kaikki heidän tavaransa huutokaupalla. Ei niitä säilytetty, kun heidän oli kerta tarkoitus jäädä pysyvästi sairaalaan. Henkilökunta vielä valoi epäuskoa niihin potilaisiin. Kävin kaikkien kanssa ostamassa vaatteet, huonekalut ja muut. Henkilökunta sanoi: ”Ihan turhaan pannaan se, mitä huutokaupasta oli saatu” ja Erik Anttinen vaan vahvasti minua, että ”kyllä tämä on oikea ratkaisu”.*<sup>408</sup>

---

Arkisissa asioissa pärjäämiseen ei sairaalahoidossa tavanmukaisesti kiinnitetty huomiota, joten asuntolaan otettujen potilaiden tukeminen vaati jokapäiväistä auttamista monissa arjen asioissa. Jo muutaman kuukauden jälkeen potilaiden olemuksessa tapahtui positiivista muutosta, kun luottamus itseensä ja uuden elämän arvostus kasvoivat. Kahden vuoden jälkeen arkiset työt jo luonnistuivat hyvin ja erilaisten käsitöiden harrastaminen oli tullut kuvioihin mukaan, joten kotisairaanhoitokäyntejä voitiin selvästi vähentää. Sitten vuoden 1968 lopussa talo jouduttiin

---

<sup>407</sup> Salmijärven haastattelu.

<sup>408</sup> Salmijärven haastattelu.



yllättäen luovuttamaan juuri kuolleen omistajan perheen käyttöön. Kaikki potilaat kuitenkin hankkivat oman asunnon täysin itsenäisesti.<sup>409</sup>

Tampereella Epilässä yksityisen Omakoti-Säätiön omistama kaksikerroksinen puurakenteinen vanhainkoti joutui paloturvallisuusmääräysten vuoksi laittamaan yläkerroksen vuokrattavaksi. Salmijärvi kävi katsomassa paikkaa ja päätti koettaa saada asuntolan yläkertaan. Vanhainkodin johtajan kanssa sovittiin, että hänelle tulisi sinne kuusi potilasta perhehoitoon, koska se oli yksi ”laillinen” työmuoto. Sairaala sai paikan keväällä 1968 asuntolakäyttöön siten, että perhehoitopotilaista maksettiin vuokraa, ruokaraha ja hoitopalkkio vanhainkodille. Siihen palkattiin työntekijäksi keittäjä ja toisena työntekijänä oli vanhainkodin johtaja Meeri Koivisto-Julin, joka tuli olemaan eläkkeelle asti Sopimusvuorityössä mukana. Salmijärvi kertoo yhteisöstä:<sup>410</sup>

*Kun heillä ei ollut koulutusta tähän, niin he kohtelivat potilaita ihan niin kuin tavallisia ihmisiä kohdellaan, eikä hoitajina. He ottivat potilaat vanhuksia auttamaan ja yhteisöön mukaan. Siellä oli vain kolmetoista vanhusta ja kuusi perhehoitopotilasta. He muodostivat sen yhteisön.*<sup>411</sup>

Kun vuonna 1970 tuli päätös, että vanhainkoti lopettaa toimintansa, tuli tarve saada talo haltuun. Pitkäniemen talouspäällikön mukaan se ei ollut mahdollista. Salmijärvi ajatteli vuokraavansa sen itse ja pyysi tuntemiaan ihmisiä mukaan hankkeeseen. Ensimmäisenä oli mukana sairaanhoidonopettaja Pirkko Valmari. He lupasivat pankista otettavalle lainalle kolmen kuukauden palkan vuokratakuiksi, jonka ansiosta he saivatkin myönteisen päätöksen. Syntyi Sopimusvuori ry. Talous oli vielä ensimmäisenä vuonna rahoituksen suhteen epävakaa pohjalla. Työmuodot kuitenkin alkoivat lisääntyä hyvin nopeassa tahdissa. Jo seuraavana vuonna tuli kuntien tuki päivähoitotoiminnalle ja työsalitoiminnalle, mihin vahvasti vaikutti toimintaan alussa mukaan tullut Kauko Kotiranta ja Matti Koponen diakoniajohtaja, joka oli myös kaupungin valtuuston jäsen.<sup>412</sup> Nykyään Sopimusvuorella on esimerkiksi mielenterveyspalveluiden alueella 19 kuntoutusyksikköä ja 40 tukiasuntoa, vanhustenhoitoalalla on 11 dementiahoitokotia, nuoria varten on kuusipaikkainen lastenkoti ja nuorten päivä kuntoutuspalvelut.<sup>413</sup>

<sup>409</sup> Ojanen et al. 1995, 24–25; Salmijärven haastattelu.

<sup>410</sup> Koivisto-Julin 2000; Salmijärven haastattelu.

<sup>411</sup> Salmijärven haastattelu.

<sup>412</sup> Salmijärven haastattelu.

<sup>413</sup> <http://www.sopimusvuori.fi/esittely.php>

Ensimmäisen kuntoutuskodin perustamisen jälkeen keskustelut Tampereen kaupungin johdon kanssa, johon Anttisella oli hyvät henkilökohtaiset suhteet, johtivat siihen, että Sopimusvuori ry. sai Tampereen kaupungin ostamaan palvelujaan. Kaupunki osti ne juuri sellaisella rahamäärällä, joka kattoi kulut ja henkilökunnan palkat. Tämän jälkeen toimintaa pystyttiin laajentamaan kaikki portaot täyttäväksi toimintamuodoiksi.<sup>414</sup>

---

Kysymys asukkaiden sukupuolesta oli ratkaisematta ensimmäisessä Sopimusvuoren asuntolassa ja siitä syntyikin erimielisyys Anttisen ja Salmijärven välille. Lopulta Salmijärven toiveiden mukaan asukkaiksi tuli miehiä ja naisia, seitsemän miestä ja kolmesta naista. ”Tästähän oli kauhea jupakka sairaalassakin, että ”nyt siellä ovat miehet ja naiset sekaisin, eikä ole henkilökuntaa yöllä.” Myöhemmin alkoi sairaaloihinkin tulla sekaosastoja, aluksi hyvin varovaisesti.<sup>415</sup>

---

Samaa periaatetta, jota Nokian asuntolakokeilussa oli käytetty, noudatettiin uudessa yhdistyksessäkin. Arkisten asioiden tekeminen oli ensimmäinen asia, johon sairaalasta tulleet potilaat tarvitsivat ohjausta, ruoanlaittoon ja siivoamiseen. Se oli pitkä prosessi, että kaikki alkoivat osallistua ilman että siitä maksetaan palkkaa. Joku oli siihen mennessä esimerkiksi siivonnut ja pessyt pyykkiä ja saanut siitä pienen palkan. Mutta sitten tehtiin työvuorot ja kaikkien tuli osallistua. Jos ei osannut, niin siinä toiset ja henkilökunta auttoi. Mutta ei ollenkaan niin, että henkilökunta tekisi aina puolesta, vaan että yhdessä opeteltiin.

*Se oli semmoinen suuri muutos ihan alkutilanteesta lähtien. Kun kerta on sairaalasta pois, niin silloin katsotaan, että on niin terve, että täytyy joka lajia osata tehdä oman elämisensä eteen. Kyllähän hekin sanoivat: ”Henkilökunta saa palkkaa, niin henkilökunta tehköön.” Mutta kyllä se aika pian muuttui. Heidän oma käsitys itsestäänkin muuttui, koska sitä kautta se arvostus alkoi tulla.*<sup>416</sup>

---

Sopimusvuorelle luonteenomainen piirre on ollut niin määrällinen kuin laadullinenkin kasvaminen ja kehittyminen. Kun ei ole ollut riippuvuutta muista, omia näkemyksiä on voitu toteuttaa vapaasti ja oleelliset asiat ovat saaneet välittömän tuen ja toteutumisväylän. Anttinen kertoo:

---

<sup>414</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>415</sup> Salmijärven haastattelu.

<sup>416</sup> Salmijärven haastattelu.

*Tämän Sopimusvuoren suhteen me voidaan melkein sanoa Leena Salmijärven kanssa, että me tehtiin juuri niin kuin me haluttiin ja mikä nähtiin hyväksi sen Sopimusvuoren järjestelmän kehittämisessä eikä kukaan meitä vastustanut tässä yhteiskunnan byrokratiassa. Kun me haluttiin perustaa uusi kuntoutuskoti, niin me perustimme sen. Meidän hallituksemme oli samaa mieltä meidän kanssamme. Ja sitten kun me haluttiin perustaa toinen kuntoutuskoti, niin me perustimme sen. Ja sitten kun me haluttiin perustaa kolmas, kun tarvetta tuntui olevan, niin sitten me perustimme sen. Ja ryhdyimme kehittämään päivähoitotoimintoja ja nuorten ihmisten opiskelumahdollisuuksia. Ja sitten perustettiin klubitoiminta, koska se näytti järkevältä, Amerikassa ja eräissä Euroopan maissa oli saatu aika hyviä tuloksia.*<sup>417</sup>

---

Yksityisenä yhdistyksenä toimimisen epäämätön etu oli vapaat kädet. Kun Reino Elosuo 60-luvulla Mikkelissä pyrki organisoimaan kuntouttavaa järjestelmää, potilaiden laitostumisen noidankehää saatiin onnistuneesti murrettua. Elosuon pioneeritoiminnan yhdeksi keskeiseksi esteeksi muodostui juuri yhteiskunnan byrokratia, kun viranomaiset suhtautuivat haluttomasti hankkeen jatkamiseen. Sopimusvuoren etuna olivat siten myös erinomaiset yhteiskunnalliset suhteet, jotka Anttinen oli saanut Pitkäniemen ylilääkärinä ollessaan.

Sopimusvuoren kielenkäytössä puhutaan asukkaista ja asiakkaista potilaan sijaan. Tarkoituksena ei ole hävittää hoitaja-potilas- ja lääkäri-potilassuhteeseen liittyviä tarpeellisia auktoriteettiasetelmia, vaan korostaa sairastuneen ihmisen tervettä puolta ja tehdä yhteisöllisyyden hengessä ero autoritääriseen suhtautumiseen potilasta kohtaan. Anttinen huomauttaa, että ”Sopimusvuoressa me lähdettiin siitä, että meillä oikeastaan ei ollut diagnooseja. Me emme tehneet numeroa siitä sairaudesta, vaan tehtiin numero siitä, mikä hänessä on tervettä.”<sup>418</sup>

---

Anttinen näkee kanssaihmisyyden psykiatrisen hoito- ja kuntoutustoiminnan kulmakivenä:

*Sana ”kanssaihmisyyys”... tarkoittaa sitä, että me ollaan yhdessä, ihmissuhteessa läsnä toiselle kaikessa myönteisessä, mutta myös kielteisissä näköaloissa. Siinä on rehellisyys hyvin tärkeää siinä mielessä, että enhän minä kaikista ihmisistä voi tykätä, mutta on voitava tulla toimeen kaikkien ihmisten kanssa edellyttäen että minulla on esimerkiksi tällainen palveluammatti.*<sup>419</sup>

---

---

<sup>417</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>418</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>419</sup> Anttisen haastattelu.

Erityisesti skitsofreniaa sairastavien kohdalla luottamuksellisen suhteen syntyminen hoitavaan tahoon auttaa sairastuneen haavoitettua ja herkästi haavoittuvaa itsetuntoa saamaan ”hedelmällisemmän maaperän kasvulle kun hän kokee olevansa ihmisenä tasa-arvoiseksi hyväksytty, vastuuta saava, oikeuksia ja velvollisuuksia omaava. Vasta itsearvostuksen kypsyessä voi hän saada pitävämmän otteen elämästään.”<sup>420</sup>

—

Sopimusvuoren toiminnan merkittävänä kuntouttavana elementtinä on asiakkaiden arvostaminen ja heihin suhtautuminen tavallisina ihmisinä, joilla nyt sattuu olemaan tietty heikko kohta persoonassaan. Salmijärvi näkee, että kanssaihmisyyden periaate ei ollut vielä 70-luvulla lyönyt läpi:

*Tämä oli hyvin poikkeuksellista jo silloin 70-luvulla. Monet ulkomaiset opintokäyntiläiset, jotka eivät osanneet keskustella meidän asiakkaiden kanssa sanoivat: ”eihän teillä ole skitsofreniapotilaita!” Minä kysyin: ”mistä te sen tiedätte?” Kyllähän he sen tietävät, että ”eivät skitsofreniapotilaat katso tuolla tavalla silmiin ja tule keskustelemaan ja esittele toimintaa.” Erik sanoi: ”kyllä heillä on ihan skitsofreniadiagnoosi, mutta heitä kohdellaan niin kuin ihmisiä kohdellaan. Ei potilaana vaan ihmisenä, että sillä tavalla se muuttuu.”<sup>421</sup>*

—

Kun mielisairaslakia uudistettiin vuonna 1977, siihen liitettiin Sopimusvuoren perusteella velvoite toteuttaa porrasteiset kuntoutusjärjestelmät, jotka perustuvat päivähoitotoimintoihin, asuntopalveluihin ja työtoimintoihin. Näin se oli mallina avohoidon kehittämiseksi. Tiitan mukaan Sopimusvuori lisäsi uskoa avohoidon mahdollisuuksiin. Anttinen itse osallistui aktiivisesti mielisairaslain uudistustyöhön. Hän kuitenkin koki, että vaikka malli on ”laissa mainittu, niin se ei kuitenkaan ole riittävästi levinnyt. Sama on kotona käyntien lisääminen, kotisairaanhoidon voimakkaampi tukeminen psykiatrian piirissä.” Myös vuosina 1981–1987 toteutetun Skitsofreniaprojektin – jossa Anttinen oli myös mukana – raportissa Sopimusvuorta pidettiin pitkäaikaishoidon mallina. Viimeistään tällöin Sopimusvuoren mallin voi katsoa tehneen läpimurron Suomessa.<sup>422</sup>

—

---

<sup>420</sup> Anttisen haastattelu.

<sup>421</sup> Salmijärven haastattelu.

<sup>422</sup> Anttisen haastattelu; Salmijärven haastattelu; Mielisairaslain osittaisuudistus 521/1977; Tiitta 2009, 392; Hyvönen 2008, 217.

## 5. Johtopäätökset

Perhehoito aikansa sosiaalipsykiatrisena hoitomuotona oli parhaimmillaan väliasteena sairaalan ja yhteiskunnan välissä. Kuten vuoden 1938 asetuksen mukaisessa hoitokirjassa mainitaan, perhehoidon tarkoituksena oli nimenomaan ”totuttaa sairaat itsenäiseen elämään vapaissa olosuhteissa, tehden siten mahdolliseksi heille palaamisen yhteiskuntaelämään.” Suomessa perhehoitoa, erotuksena elätteelle annosta, alettiin järjestää mielisairaaloiden lähialueilla hoitohenkilökunnan valvonnan alaisuudessa 1800-luvun lopulta lähtien. Psykoosin tai muiden vaikeuksien myötä potilas saattoi myös palata mielisairaalaan tilanteen vakiintumiseen saakka. Tällaista tuettua perhehoitomallia voisi kutsua varsinaiseksi perhehoidoksi. Potilas sai perhehoidossa kodinomaisen ympäristön, jossa hänen oli mahdollista osallistua perheen töihin voimiensa sallimissa rajoissa. Sen nähtiin soveltuvan parhaiten rauhallisille pitkäaikaipotilaille, myös sellaisille mielisairaalan kriminaalipotilaille, joiden rikoksena ei ollut ollut omaisuusrikosta. Perheet olivat pääasiassa maanviljelyä elinkeinoaan harrastavia perheitä. Aulikki Päivänsalo esimerkiksi piti palstatilallisia hyvin perhehoitokodeiksi soveltuvina. Perhehoidon alkuvaiheessa oli ollut ehdotuksia ja myös kokeiluja sijoittaa potilaita mielisairaalan hoitohenkilökunnan perheisiin, mutta siitä ei tullut yleistä mallia.

Perhehoidon alkuvaiheessa haettiin mallia ulkomailta, erityisesti Geelin kokemuksiin viitattiin ja Suomesta siihen käytiin tutustumassa. Sairaalapaikkapula ja laitoshoidon hintavuus motivoivat pienimuotoisiin perhehoitokokeiluihin ja hyvien tulosten ansiosta niitä jatkettiin. 1900-luvun alussa oli vielä kokeilukautta erilaisille perhehoitomuodoille, kuten hoitohenkilökunnan perheeseen sijoittaminen tai Edvard Lybeckin Skotlannin mallin mukainen ja sittemmin epäonnistunut kokeilu, mutta melko pian perhehoito vakiintui mielisairaalakeskeiseksi järjestelmäksi. Elätteelle antoa, jota ei tule sekoittaa varsinaiseen perhehoitoon, harrastettiin Suomessa paljon aina 1920-luvun mielisairaalarakentamiskauteen saakka. Mielisairaalakeskeistä perhehoitoa ei suinkaan sovellettu kaikissa mielisairaaloissa, mutta niissä missä oli varhain muodostunut perhehoitokulttuuri ja joissa ylilääkäri hyväksyi perhehoidon mahdollisuudet, perhehoidosta tuli merkittävä hoitomuoto, Nikkilän mielisairaala valovoimaisimpana esimerkkinä. Vasta 1930-luvun lopulla valtion rahallisen kannustuksen myötä perhehoito näytti vakiintuneen yleiseksi malliksi, jota Suomen mielisairaaloissa enemmän tai vähemmän innokkaasti harjoitettiin.

Päivänsalon vuoden 1940 artikkeli ja Jorma Tirkkosen vuoden 1950 artikkeli perustelevat mielisairaaloitensa dokumentoituihin kokemuksiin perustuen perhehoitoa kuntouttavana ja

edullisena hoitojärjestelmänä. WHO:n vuoden 1953 raportti kehottaa perhehoidon laajempaan soveltamiseen mielisairaanhoidossa. Samoin vuoden 1967 Psykiatrinen kuntoutus -kirjassa perhehoidosta kirjoitetaan positiiviseen sävyyn, mutta siinä myös mainitaan ehkä yksi keskeinen syy, miksi perhehoitoa ei enää 1960-luvun Suomessa ryhdytty kehittämään<sup>423</sup>: kaupungistuminen. Perhehoito oli perustunut nimenomaan maanviljelysperheisiin ja maalla suoritettavaan työhön. Vastaavaa ei ollut tarjolla kaupungeissa. Toinen keskeinen syy perhehoidon vähenemiselle oli 1960-luvulta lähtien uusien avohoitomuotojen kehittyminen ja kotisairaanhoidon mahdollisuuksien avautuminen. Sairaana omaa perhettä ei enää pidettykään lähtökohtaisesti epäedullisena ympäristönä.

Perhehoitoon panostettiin 1930-luvun jälkeen Suomessa ja sen nähtiin tarkoituksenmukaiseksi ja tulevaisuudessa sen uskottiin saavuttavan merkittävämmän aseman. Kuitenkin, se oli suunnattu vain ja ainoastaan rauhallisille sekä itselleen ja muille vaarattomille potilaille. Sen ei siis nähty missään tapauksessa voivan korvata laitoshoidon ja se oli sovellettavissa hyvin rajatulle ryhmälle potilaita. Kuitenkin parhaiden arvioiden mukaan 20–30 % Kellokosken ja Nikkilän potilaista oli kyseisen hoitojärjestelmän piirissä. Täten se olisi voinut olla hyvinkin merkittävä ja kukaties minkälaisia uudistuksia itsestään synnyttänyt järjestelmä. Näyttäisi nimittäin siltä, että perhehoidon myötä oli alkanut versoa kotisairaanhoitoa ja yksinäisille, mutta perhehoitoa vierastaville potilaille asuntolatyyppejä järjestelyjä.

Kiinnostavana havaintona on tehtävä se, että Erik Anttinen, Kalle Achté tai Yrjö Alanen eivät millään tavalla mainitse perhehoitoa heidän ajattelutapaansa vaikuttaneena hoitomuotona. Anttinen esimerkiksi kyllä mainitsee sen olleen yksi ensimmäinen avohoitomuoto Suomessa, mutta hän ei näytä vetävän minkäänlaista linkkiä siitä hänen itse aloittamaansa kotisairaanhoitoon Pitkäniemessä tai Sopimusvuori ry:ksi kasvaneeseen kuntouttavaan asuntolatoimintaan. Erikoista tässä on se, että kotisairaanhoidon onnistumisen edellytyksinä pidettiin samoja asioita kuin perhehoidonkin kohdalla. Ehkä ongelma on ratkaistavissa sillä, että Lapinlahdessa perhehoitoa ei luonnollisesti voitu edes harrastaa, kun se ei ollut maalaismielisairaala ja Aivovammasairaala oli tietysti keskittynyt neurologisiin vammoihin eikä mielisairauksiin. Pitkäniemessäkin perhehoidon harrastaminen oli olematonta ja tai marginaalista koko sen historian ajan. Sitten kun uudet ajattelutavat terapeuttisista yhteisöistä ja avohoidon kehittämisestä alkoivat voittaa alaa, perhehoito

---

<sup>423</sup> Nikkilän sairaalan yhteydestä järjestetty perhehoito kuitenkin säilyi edelleen elinvoimaisena. Se oli 1960-luvulla laajimmillaan. Vielä vuonna 2001 perhehoidossa kirjoilla olevia potilaita oli 132 kappaletta ja siihen sidottuja hoitajia oli yksitoista sekä kaksi lääkäriä. Nikkilästä tehtiin opintomatkoja ainakin muihin Pohjoismaihin ja saksaan 1930-luvun lopulla tarkoituksena perhehoidon kehittäminen. Tuovinen 2009, 216, 218, 223.

nähtiin mahdollisesti maalaismielisairaaloiden aikakauteen kuuluvana hoitomuotona, jolla ei olisi enää kaupungistumisen aikana juurikaan sijaa. Perhehoito oli myös ollut väliasteena mielisairaalan ja yhteiskunnan välillä. Nythän tätä välivaihetta ei tarvittu, kun alettiin panostaa potilaan omaisten tukemiseen. Ehkä siinä ei vain nähty samaa mahdollisuutta kuntouttavana hoitomuotona kuin kotisairaanhoidossa ja portaittaisessa asuntolajärjestelmässä. Kun oli kehitelty uusia hoito- ja kuntoutusmuotoja, niin perhehoitoon ei vain ollut enää kiinnostusta Pitkäniemessä.

Perhehoidon kohdalla mielisairaaloiden ylilääkäreillä näyttäisi olleen keskeinen merkitys perhehoidon jatkamisen ja perustamisen suhteen, kuten Thermanin tapaus sekä Nikkilän ja Kellokosken sairaaloiden perhehoidon laaja soveltaminen osoittavat. Myös sukupolven vaihdoksella oli merkitystä. Anttisen tullessa Pitkäniemen sairaalan ylilääkäriksi hoitolinjaukseksi omaksuttiin heti Ilmari Kalvan ajasta selvästi poikkeava suuntaus kohti avohoitojärjestelmän kehittämistä. Muutoksen tärkeydestä vakuuttuneen ja siihen sitoutuneen henkilökunnan merkitys on ehkä itsestään selvä asia, mutta se miten Pitkäniemessä saatiin henkilöstö innolla mukaan, kertoo myös hyvästä johtajuudesta.

Lapinlahdessa Martti Kailan aikana koulutettu psykiatripolvi ei näyttäisi olleen erityisen ideologinen antipsykiatrisessa mielessä uudistushankkeita ajaessaan. Anttisella ja hänen kollegoillaan ei ollut välttämättä odotuksia kaiken mullistavasta muutoksesta, vaan käsitys, että asuntolat ja avohoito voisivat helpottaa potilaiden elämää ja vähentää tarvetta mielisairaalahoidolle. Tässä voisi vedota Anttisen Pitkäniemen sairaalan vuosiraporttiin vuonna 1963 kirjattuun tavoitteeseen avohoidosta. Anttisella ei ollut mitään ideologista näkemystä asioiden muutoksesta, vaan käytännönläheinen ja kokemukseensa perustuva suhtautuminen edessä oleviin ja tunnettuihin ongelmiin.

kotisairaanhoidokokeilu syntyi siitä havainnosta, että tarvitaan jokin järjestelmä purkamaan liian pitkiksi kasvaneita potilasjonoja ja siitä aivovammasairaalassa tehdystä havainnosta, että potilaat kuntoutuvat paremmin, jos heillä on perhettä tukemassa heidän kuntoutumistaan. Kalvan suunnitteilla ollut lisäsairaalapaikkojen rakentaminen olisi ollut yksi ratkaisu potilaspaineen helpottamiseen, mutta se ratkaisu oli auttamattomasti jäämässä menneisyyteen, kun uudet ajattelutavat ja uusi tieto oli alkanut läpäistä mielisairaanhoidoa. Vaikka erityisesti nuorempi polvi 1960-luvun loppupuolella oli valmis uudistuksiin jo koulutuksensa ansiosta, niin sairaalahenkilökunnassa oli myös epäluuloisuutta uudistuksia kohtaan, mikä tarkoittaa viime

kädessä epäluottamusta potilaita ja näiden perheitä kohtaan. Nämä asenteet kuvastavat sitä, miten vanha mielisairaanhoitokulttuuri oli syvään juurtunut.

Samoin voi sanoa käyneen Sopimusvuoren perustamisen suhteen. Sekin syntyi havainnosta, että tarvitaan jokin järjestelmä vastaamaan yksinäisten kuntoutuspotentiaalia omaavien potilaiden tarpeita. Laitostumisen, kroonistumisen ja yksin jäämisen ongelmat olivat keskeiset kysymykset, johon Sopimusvuoren kuntoutusjärjestelmä pyrki vastaamaan. Tämä havainto, tarve ja tiedetty ratkaisu – perhettä vastaava yhteisöllisyys – eivät itsestään synnyttäneet järjestelmää, vaan siihen tarvittiin mielisairaanhoidon kehittämisestä kiinnostuneita ja siihen sitoutuneita ihmisiä.

Tietty yhtymäkohta Lybeckin tapauksessa on nähtävissä Sopimusvuoren suhteen. Into ja näkemyksellisyys uuden hoitomuodon tärkeydestä laittoivat liikkeelle uuden kuntoutusmuodon perustamisen sen toteutumisen epävarmuudesta huolimatta. Lybeckin tapauksessa hanke osoittautui ylimitoitettuna optimistiseksi. Sopimusvuori puolestaan perustui kansainvälisesti jo koeteltuihin näkemyksiin ja se myös sai ajattelutapojen yleisen muutoksen ansiosta osakseen enemmän tukea, vaikka lain mukaan taloudellisen tuen saaminen ei ollutkaan itsestäänselvyys. Keskeisenä erona oli myös modernin kuntouttavaan toiminnan yksi edellytys: Lybeckin aikana ei ollut tehokkaita lääkkeitä.

Mielisairaanhoidossa avohoidon kehitys on kulkenut länsimaissa pitkällä aikajanjalla katsoen yhtenevään suuntaan. Mielisairaanhoito oli modernin lääketieteen ja psykiatrian synnyn aikana 1800-luvulla alkanut keskittyä mielisairaaloihin, jotka puolestaan sijaitsivat usein muusta yhteiskunnasta erillään. Avohoidollisia järjestelmiä kuten poliklinikoita ja perhehoitoa sovellettiin yleisesti, mutta mitään tavoitteellista järjestelmämuutosta avohoidon suuntaan ei ollut olemassa. Toisen maailmansodan aikainen kokeilukausi ryhmäterapioiden suhteen synnytti täysin uuden hoitomuodon ja ajattelutavan, joka tuli tunnetuksi nimellä terapeutiset yhteisöt. Siinä painottui potilaiden autonomisuus ja tasa-arvoinen yhteisö parantavina elementteinä. 1950-luvun alussa käyttöön tullut psykoosin oireita helpottava klooripromatsiini keksittiin ja mielisairaanhoito sai nopean käänteen avohoidon suuntaan. Lähes saman tien Englannissa ja Yhdysvalloissa alkoi mielisairaalaosastojen vähentyminen ja siirtyminen avohoitoon. Muut maat seurasivat myöhemmin perässä, Suomi viimeisten joukossa.

Suomessa tultiin järjestelmämuutoksessa myöhässä koska mielisairaalarakentaminen, jolla oli haluttu vastata puutteelliseen hoitoon, alkoi olla valmis vasta 1970-luvun alussa. Psykiatrikunnan



sisällä tosin avohoidolliset ajattelutavat saivat jo 1950-luvun lopulta lähtien kiinnostusta osakseen ja 1960-luvulla se alkoi jo olla konsensus ainakin näkyvimpien lehtien palstoilla. Kukaan psykiatri ei sairaalapainotteista järjestelmää näyttänyt kannattavan. Vuoden 1952 mielisairaslain määrittämiä mielenterveystoimistojakin alettiin vasta 1960-luvun lopulla perustaa päämäärätietoisesti. Vasta 1970-luvulla Suomessa alettiin järjestelmätasolla siirtyä avohoitoon. Avohoidon kehittäminen oli ollut paljon mielisairaaloiden kehitystyön varassa, koska siellä suurin osa potilaista joka tapauksessa vietti aikansa. Esimerkiksi Pitkäniemessä alettiin 1960-luvulla kehitellä teollisuusterapiaa ja kotisairaanhoidoa. Yksinäisille potilaille puolestaan sairaalan kautta alettiin järjestää asuntolatoimintaa terapeuttisten yhteisöjen mallin mukaan, mistä syntyi sairaalasta erillinen Sopimusvuori ry. Terapeuttisten yhteisöjen mallin sovelluksena Sopimusvuori oli Suomessa vaikutusvaltaisin ja sen malli huomioitiin myös myöhemmissä mielisairaanhoidojärjestelmää uudistavissa mietinnöissä ja laeissa. Anttisen rooli suomalaisessa mielisairaanhoidossa onkin ollut Sopimusvuori ry:n mahdollistajana ja kehittäjänä sekä kotisairaanhoidon puolestapuhujana. Hän oli suomalaisessa psykiatriassa yhtenä avainhenkilönä edustaen näkyvästi sosiaalipsykiatriasta ajattelutapaa 1960-luvulta 1990-luvun alkuun.

## LÄHDELUETTELO

### I ARKISTOLÄHTEET

#### *Hämeenlinnan maakunta-arkisto:*

*Pitkäniemen sairaalan arkisto, ylilääkärille saapuneet ja lähteneet kirjeet:*

Lääkintöhallituksen kirjeet ylilääkärille, 22.12.1936 No 12865.

Pitkäniemen sairaalan kirjeluonnokset 1952 I, Ehdotus Pitkäniemen sairaalan vuoden 1953 perushankintaohjelmaksi.

Ylilääkärin kirje lääkintöhallitukselle 4.10.1915 No 1038.

### II PAINETUT LÄHTEET

#### *Asiakirjajulkaisut:*

KHKK I/1955. Kertomus Helsingin kaupungin kunnallishallinnosta 68, 1955. Helsingin kaupungin tilastotoimiston julkaisema: Helsinki, 1957.

Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirin kuntainliiton toimintakertomus 1963–1973.

*Suomen lääkärit 1992.* Suomen Lääkäriliitto: Helsinki, 1993.

*Suomen tilastollinen vuosikirja.* Tilastokeskus: Helsinki, 2009.

#### *Komiteamietinnöt:*

HKVPA 1/1926, liite III. Komiteamietintö Helsingin kaupungin mielisairaaloista järjestettävästä perhehoidosta sekä huoltotoimiston ja poliklinikan perustamisesta mielisairaita varten.

KM 1943/7. Komiteamietintö kunnallisten mielisairaalain ja tuberkuloosiparantolain valtionavustuksen järjestämisestä.

Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö, Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen, 1977.

WHO 1953. Technical Report series No. 73: Community Mental Hospital. Third Report of the Expert Committee on Mental Health.

#### *Suomen Säädoskokoelma:*

##### *Lait ja asetukset:*

Asetus hermotautiosaston ja poliklinikan sekä neljännen alilääkärinviran perustamisesta Pitkäniemen keskuslaitokseen 133/1927.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Mielisairaslain osittaisuudistus 521/1977

Mielisairasasetus 448/1952.

Mielisairaslaki 187/1952.

Mielisairasasetus 455/1937.

Mielisairaslaki 284/1937.

### ***Sanomalehdet:***

*Aamulehti* 27.7.1906.

*Helsingin Sanomat* 1.3.1907

## **III HAASTATTELUT**

Erik E. Anttinen 26.6.2008; 13.8.2008; 15.9.2008; 22.10.2008; 25.11.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

Leena Salmijärvi 7.8.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

Pauli Poutanen 2.12.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

Pekka Stenij 21.9.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

Raija Lehtimäki 4.9.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

Tuomo Nenonen 13.8.2008, haastattelija Iikka Hautamäki, tekijän hallussa.

## **IV KIRJALLISUUS**

### **Lähdekirjallisuus:**

Achté, Kalle et. al. (toim.), *Psykiatrinen kuntoutus*. WSOY: Porvoo, 1967.

Achté, Kalle, 'Mielisairaanhoidon kehityksestä', *Duodecim* 14/1961, 499–503.

Ahtee, Aaro, 'Mielisairaanhoido ja sosiaalihuolto I. Uuden mielisairaslain pääkohdat', *Huoltaja* 23/1952, 583–587.

Alanen, Yrjö, 'Psykoanalyttinen, biologinen ja sosiaalinen psykiatria', *Duodecim* 5/1969, 302–309.

Anttinen, Erik, 'Muisteluita Pitkäniemestä', Teoksessa Kaarninen, Pekka (toim.), *Pitkäniemen vuosisata*. Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä: Tampere, 2000.

Anttinen, Erik, 'Erik Anttinen kertoo Lapinlahden vuosisataa', Teoksessa Achté, Kalle, *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed Oy : Jyväskylä, 1991.

- Anttinen, Erik, 'Ensimmäinen mielenterveystoimisto – Muistikuvia isäni Einar Anttisen pioneerityöstä', Teoksessa Achté, Kalle et al. (toim.), *1897 – 1987 Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä*. Suomen Mielenterveysseura: Helsinki, 1989.
- Anttinen, Erik, 'Mielisairas ja me muut ihmiset', *Duodecim* 17/1985, 1632–1634.
- Anttinen, Erik & Ojanen, Markku, *Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt. Näkemyksiä ja havaintoja kokemisen ja tutkimuksen perusteella*. Sopimusvuori ry: Tampere, 1985.
- Anttinen, Erik, 'Avohoidon ideologinen kehitys', Teoksessa Achté, Kalle, et al. (toim.), *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen Psykiatriyhdistys ry, 1983.
- Anttinen, Erik et. al., *Kotisairaanhoidon mahdollisuudet skitsofreniaa sairastavien jälkihoidossa ja kuntoutuksessa. Vertailu tavanomaiseen jälkihoitoon*. Kela: Helsinki, 1971.
- Anttinen, Erik, 'Mielenterveyshuolto maassamme 1970- ja 1980-luvuilla', *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 3/1970, 134–141.
- Anttinen, Erik, 'Avohoito ja kuntoutus', Teoksessa Achté, Kalle et. al. (toim.), *Psykiatrinen kuntoutus*. WSOY: Porvoo, 1967.
- Anttinen, Erik & Eloranta, K. T. & Stenij, Pekka, 'Psykiatrinen sairaalapotilaiden arvioitu työkyky Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidopiirissä', *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1/1967.
- Bleuler, Eugen, 'Mielisairaiden hoidosta kodissa IV', *Terveystieteiden aikakauslehti*, 4/1892.
- Bleuler, Eugen, 'Mielisairaiden hoidosta kodissa III', *Terveystieteiden aikakauslehti*, 3/1892.
- Bleuler, Eugen, 'Mielisairaiden hoidosta kodissa II', *Terveystieteiden aikakauslehti*, 2/1892.
- Bleuler, Eugen, 'Mielisairaiden hoidosta kodissa I', *Terveystieteiden aikakauslehti*, 1/1892.
- 'Duodecim-seuran yhdeksästoista vuosikokous marraskuun 17 p. 1900', *Duodecim* 2/1901, 62–71. [Sisältää Ernst Thermanin esityksestä muistiinpanot].
- Hillbom, Eero, 'Ajatuksia mentaalihygienisestä työstä', *Terveystieteiden aikakauslehti* 12/1948, 252–253.
- Huttunen, Reino, 'Mitä on mentaalihygienia', *Huoltaja* 9/1953, 246–249.
- Jokinen, Anna-Liisa, 'Psykiatrinen avohuolto mielenterveystoiminnan kokonaiskentässä', *Mielenterveys* 6/1966, 19–25.
- Kaila, Martti, *Psykiatrian historia. Lääketieteen yleiskehityksen ja kulttuurihistorian valossa*. WSOY: Porvoo, 1966.
- Kaila, Martti, 'Psykiatrian näkymiä', *Mielenterveys* 6/1966b, 6–9.
- Kaila, Martti, 'Outside Care of the Mentally Ill. Introductory Lecture', *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 31, Issue S106, pages 111–121, February 1957.
- Kaila, Martti, 'Sielulliset häiriöt', Teoksessa *Kotilieden lääkärikirja*. WSOY: Porvoo, 1950 (9. painos).
- Kajava, Yrjö, 'Katsaus Duodecim-lehden tähänastiseen historiaan', *Duodecim* 9–12/1921, 321–335.

- Kalpa, Ilmari, 'Pakon kielteisestä vaikutuksesta mielisairaanhoidossa', *Duodecim* 5/1950, 393–397.
- Kalpa, Ilmari, 'Mielitautien hoidossa saavutetaan nykyisin hyviä tuloksia', *Terveystieteiden aikakauslehti* 1/1944, 15–18.
- Karvonen, M. J., 'Psykiatrisen kuntoutuksen asema ja merkitys muissa maissa', Teoksessa Achté, Kalle et. al. (toim.), *Psykiatrisen kuntoutus*. WSOY: Porvoo, 1967
- Lybeck, W., 'Köyhäin mielenvikaisten hoidosta Skotlannissa', *Duodecim* 3/1896, 61–73.
- 'Mielisairaanhoidon nykyisestä kriisitilanteesta', *Huoltaja* 3/1953, 60–64.
- Ollikainen, Liisa, 'Kuntoutussairaanhoito', Teoksessa Achté, Kalle et. al. (toim.), *Psykiatrisen kuntoutus*. WSOY: Porvoo, 1967
- Otavan pieni tietosanakirja. 1951, osa III.
- Otavan pieni tietosanakirja. 1927, osa III.
- Paavilainen, Erkki, 'Perhehoito', Teoksessa Achté, Kalle et. al. (toim.), *Psykiatrisen kuntoutus*. WSOY: Porvoo, 1967
- Relander, K., 'Sairasmielisten hoidosta sananen', *Duodecim* 5/1891, 79–81.
- Saarnio, Lauri, 'Muistiinpanoja psykiatriselta opintomatkalta', *Duodecim* 11/1930, 1012–1028.
- Sibeli, Leena, 'Psykiatrisen avohuollon nykytilanne ja kehittämissuunnitelmat', *Mielenterveys* 6/1966, 10–18.
- Saarnio, Lauri, 'Yleiskatsauksia. Muistiinpanoja psykiatriselta opintomatkalta', *Duodecim* 11/1930, 1012–1028.
- Särkilahti, Gurli, 'Näkökohtia mielisairaitten hoidosta kunnalliskodeissa', *Huoltaja* 13–14/1951, 302–304.
- Therman, Ernst, 'Mielisairaaloista', *Terveystieteiden aikakauslehti* 9/1916, 129–133.
- Therman, Ernst, 'Havaintoja matkalta, jonka tein mielisairasten tarkastamista varten Oulunjärven ympäristöllä maaliskuussa 1906', *Duodecim* 5/1906, 117–123.
- Therman, Ernst, 'Yhtä ja toista psykiatrian alalta', *Duodecim* 2/1904, 35–43.
- Therman, Ernst, 'Yhtä ja toista psykiatrian alalta', *Duodecim* 9–10/1903, 274–279.
- Therman, Ernst, 'Parantumattomien mielisairaitten hoidosta parannuslaitoksien ulkopuolella', *Terveystieteiden aikakauslehti* 5–6/1902, 78–81.
- Tirkkonen, Jorma, 'Kokemuksia kriminaalipotilaiden perhehoidosta', *Duodecim* 5/1950, 373–384.
- 'Vuosikertomus', *Duodecim* 1/1920.
- Wahlberg, C. F., 'Ehdotus Suomen sairashoitolaitosten muuttamis- ja uudesti rakentamissuunnitelmaksi: III. Mielisairaalat', *Duodecim* 3/1905, 68–85.
- Ylppö, Arvo, 'Hermotuneiden lasten sijoittaminen saksalaisiin lääkäriperheisiin', *Duodecim* 10/1922, 414.

## Tutkimuskirjallisuus:

Achté, Kalle, 'Kaila, Martti (1900 - 1978) mielitautiopin professori', *Suomen kansallisbiografia 4, Hirviluoto-Karjalainen*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura: Helsinki, 2004.

Achté, Kalle, *Optimistisen psykiatrin muistelmät*. WSOY: Helsinki, 1999.

Achté, Kalle, et al., *Luontaishoidon isä tohtori E. W. Lybeck, Elämänmäen parantaja*. Nurmijärvi, Recallmed Oy: Nurmijärvi, 1994.

Achté, Kalle, 'Kalle Achtén aika', Teoksessa Achté, Kalle, *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed Oy : Jyväskylä, 1991.

Achté, Kalle, *150 vuotta psykiatriaa. Lapinlahden sairaalan historia 1841–1991*. Recallmed Oy : Jyväskylä, 1991.

Achté, Kalle et al. (toim.), *1897–1987 Yhdeksän vuosikymmentä mielenterveystyötä*. Suomen mielenterveysseura: Helsinki, 1989.

Achté, Kalle, et al. (toim.), *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen Psykiatriyhdistys ry, 1983.

Ahola, Marketta & Harju, Katja, *Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat ry:n psykiatristen sairaanhoitajien jaoston toiminnan kuvaus vuosilta 1959–2009*. Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu , 2010.

Alanen, Yrjö, 'Psykiatrinen tutkimus', Achté, Kalle, et al. (toim.), *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen Psykiatriyhdistys ry, 1983.

Alasuutari, Pertti, *Toinen tasavalta. Suomi 1946–1994*. Vastapaino: Tampere, 1996.

Bartlett, Peter, 'Madness and Asylums', Teoksessa Stearns, Peter N. et al. (toim.), *Encyclopedia of European Social History from 1350 to 2000 Volume 3*. Charles Scribner's Sons: New York, 2001, 429–443.

Dalrymple, Theodore, 'In the Asylum', *City Journal*, Summer 2005.

'Deinstitutionalizing the Mentally Ill', *City Journal*, Spring 1993.

Eghigian, Greg, 'Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry', *History of Psychiatry* 2/2011, 201–214.

Eskola, J., 'Psykiatrinen terveydenhuolto – lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys', Teoksessa Achté, Kalle, et al. (toim.), *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Suomen Psykiatriyhdistys ry, 1983.

Fingerroos, Outi & Haanpää, Riina, 'Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä', Teoksessa Fingerroos, Outi & Haanpää, Riina & Heimo, Anne & Peltonen Ulla-Maija, *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomen Kirjallisuuden Seura: Helsinki, 2006.

Fussinger, Catherine, 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II', *History of Psychiatry* 2/2011 146–163.

Gittins, Diana, *Madness in Its Place. Narratives of Severalls Hospital 1913-1997*. Routledge: London, 1998.

Goldstein, Jackie L. & Godemont, Marc M. L., 'The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21<sup>st</sup>-Century Model', *Community Mental Health Journal*, Vol. 39, No. 5, October 2003, 441–458.

Hakosalo, Heini, 'Katsaus lääkäriprofession kehitykseen Suomessa. Lääkäri, yhteiskunta ja yhteisö', *Duodecim* 126/2010 1544–51.

Harjula, Minna, *Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystaloudellinen politiikka 1900-luvulla*. Tampereen yliopistopaino: Tampere, 2007.

Hedman, Ossi, *Kemin kaupungin historia. 2. osa*. Kustannusosakeyhtiö Sanan Tien kohopaino: Tampere, 1976.

Henckes, Nicolas, 'Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis', *History of Psychiatry* 2/2011 164–181.

Hyvärinen, Matti & Löyttyniemi, Varpu, 'Kerronnallinen haastattelu', Teoksessa Ruusuvaari, Johanna & Tiittula, Liisa, *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino: Tampere, 2005.

Hyvönen, Juha, *Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Lääketieteen väitöskirja, Kuopion yliopisto, 2008.

Ihanus, Jussi, *Järjen äänestä minäkertomuksiin. Psykian ja psykoterapioiden muodonmuutoksia*. Helsinki, Yliopistopaino: Helsinki, 2005.

Kaarninen, Mervi & Kaarninen, Pekka, *Pitkänien sairaala 1900–1990*. Pitkänien sairaalan kuntainliitto: Tampere, 1990.

Kalela, Jorma, 'Muistitiedon näkökulma historiaan', Teoksessa Fingeroos, Outi & Haanpää, Riina & Heimo, Anne & Peltonen Ulla-Maija, *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomen Kirjallisuuden Seura: Helsinki, 2006.

Kauttu, Kyllikki & Helminen, Marjut, *Ajankuvia mielenterveydestä. Mielenterveys-lehti aikansa tulkkina 1928–1995*. Suomen Mielenterveysseura: Helsinki, 1998.

Koivisto-Julin, Meeri, 'Muistelut vuosikymmenien varrelta', Teoksessa *Sopimusvuoren rinteillä*. Sopimusvuori ry: Tampere, 2000.

Leinonen, E., 'Vanhuspsykiatrian koulutusvaje on paikattava', *Suomen Lääkärilehti* 63/2008, 1027.

Lähtenmäki, Antti, 'Ahdinkoanalyysistä', *Duodecim* 124/2008, 562–563.

Lönnqvist, Jouko et al. (toim.), *Psykiatria*. Duodecim: Helsinki, 2011.

Makkonen, Elina, 'Instituution suullinen historia', Teoksessa Fingeroos, Outi & Haanpää, Riina & Heimo, Anne & Peltonen Ulla-Maija, *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Suomen Kirjallisuuden Seura: Helsinki, 2006.

Meskus, Mianna, *Elämän tiede. Tutkimus lääketieteellisestä teknologiasta, vanhemmuudesta ja perimän hallinnasta*. Vastapaino: Tampere. 2009.

- Mäkelä, Jari, *Houruinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin. Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön muutoksia vuosina 1840–1991*. Historian pro gradu, Joensuun yliopisto, 2008.
- Ojanen, Markku et al., *Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä*. Sopimusvuori ry: Tampere, 1995.
- Onnismäa, Pirkko-Liisa, 'Muistelmia Pitkäniemen lastenosastolta', Teoksessa Arajärvi, Terttu (toim.), *Pahatapaisista pojista ja tytöistä itkeviin vauvoihin – yli 100 vuotta lasten mielenterveystyötä*. Kivipaino Oy: Tampere, 1996.
- Oosterhuis, Harry, 'Outpatient Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century. International Perspectives', Teoksessa Gijswijt-Hofstra, Marjike (ed.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*. Amsterdam University Press: Amsterdam, 2006.
- Pelkonen, Risto, 'Sadan vuoden satoa', *Duodecim* 17/1985, 45–150.
- Pesonen, Niilo, *Terveiden puolesta - sairautta vastaan. Terveiden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla*. WSOY: Helsinki, 1980.
- Pietikäinen, Petteri & Turunen, Jari, 'Vastine edelliseen', *Duodecim* 124/2008, 563–564.
- Pietikäinen, Petteri & Turunen, Jari, 'Oirekuvien historiaa – ahdingon diagnosointi ennen ja nyt', *Duodecim* 123/2007, 1701–8.
- Porter, Roy, *Madness. A Brief History*. Oxford University Press: Oxford, 2002.
- Porter, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. HarperCollins: London, 1999.
- Puhakainen, Jyri, *Persoonan puolustaja. Lauri Rauhala ihmistutkimuksen pioneerina*. Like: Helsinki, 2001 (2. painos).
- Päivänsalo, Aulikki, 'Kokemuksia mielisairaiden perhehoidon merkityksestä', *Duodecim* 1–6/1940, 29–45.
- Rissanen, Anu, *Työtä, sokkeja, lääkkeitä. Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot vuosina 1926–1959*. Historian pro gradu, Joensuun yliopisto, 2012.
- Salminen, Ville, 'Kun vaihtoehtoja ei ollut – lobotomia suomalaisessa psykiatriassa', *Suomen Lääkärilehti* 48/2010, 4042–4043.
- Salo, Markku, *Sietämisestä solidaarisuuteen*. Tampere: Vastapaino, 1996.
- Salokangas, Raimo K. R. et. al., 'Psykiatrian erikoisalojen koulutus syytä uudistaa', *Suomen lääkäri* 47/2008, 4078.
- Sarvilinna, A., *Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Lääketieteellishistoriallinen tutkielma*. Vakka-Suomen kirjapaino, Uusikaupunki, 1930.
- Scull, Andrew, *Madness. A Very Short Introduction*. Oxford University Press: Oxford, 2011.
- Shorter, Edward & Fink, Max, *Endocrine Psychiatry: Solving the Riddle of Melancholia*. Oxford University Press: New York, 2010.



Shorter, Edward, *Before Prozac . The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford University Press: New York, 2009.

Shorter, Edward, *Psykiatrian historia*. Mielenterveyden keskusliitto: Helsinki, 2005.

Shorter, Edward, *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press: New York, 2005b.

Tiitta, Allan, *Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki, 2009.

Tuovinen, Sirkka, *Inhimillinen Nikkilä. Helsingin mielisairaala Sipoossa 1914–1999*. Helsingin kaupungin terveystakeskus: Helsinki, 2009.

Tuovinen, Sirkka, *Kellokosken sairaala 1915–1990*. 1990

Tähkä, Veikko, *Potilas-lääkärisuhde*. Suomen lääkäriliitto: Helsinki, 1979 (2. painos).

Vuorinen, Heikki S, *Tautinen Suomi 1857–1865*. Tampere University Press: Tampere, 2006.

Vuorio, Kaija, *Niuvaniemen sairaala 1885–1952*. Niuvaniemen sairaala, 2010.

Vuoristo, Gunvor, 'Uudet tuulet lastenosastolla', Teoksessa Arajärvi, Terttu (toim.), *Pahatapaisista pojista ja tytöistä itkeviin vauvoihin – yli 100 vuotta lasten mielenterveystyötä*. Kivipaino Oy: Tampere, 1996.

## V MUUT LÄHTEET

### **Luennot, esitelmät ja puheet, audiovisuaaliset dokumentit:**

Goodman, Barak & Maggio, John (ohjaajat), *American Experience: The Lobotomist*. Tv-dokumentti. 2008.

Anttinen, Erik, Mietteitä sosiaalipsykiatriasta. Juhlapuhe Keski-Suomen Lääkäriyhdistyksen vuosijuhlassa, 14.2.2003.

Anttinen, Erik, Juhlapuhe puhe Pitkäniemen 95-vuotisjuhlassa 18.5.1995

Tampereen yliopisto. Historiatiede. Metodien esitys II, luentosarja, 2007 kevät.

### **Internet-lähteet:**

Suckling, Heather, *Balint in a Nutshell*. 2006.

[[http://www.balintinternational.com/downloads/Balint\\_in\\_a\\_Nutshell.pdf](http://www.balintinternational.com/downloads/Balint_in_a_Nutshell.pdf) ]. Luettu 26.1.2013.

Wiley online library. Acta Psychiatrica Scandinavica, February 1957, 111–121, abstract. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1956.tb04735.x/abstract>]. Luettu 26.1.2013.

Wiley online library. Acta Psychiatrica Scandinavica, February 1957, 122–146, abstract. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1956.tb04736.x/abstract>]. Luettu 26.1.2013.

Huolta-säätiön internet-sivujen artikkelipankki. [<http://www.huoltaja-saatio.fi/sosiaalitieto/artikkelipankki/vanhoja-artikkeleita/huoltaja/1951/#token-180358>]. Luettu 26.1.2013.

Akira Hashimoton tutkimukseen perustuvat powerpoint-kalvot.

[<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/Southampton%20congress.pdf> ]. Luettu 26.1.2013.

[[http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/Ranchi%20\(Gheel%20connection\).pdf](http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/Ranchi%20(Gheel%20connection).pdf) ]. Luettu 26.1.2013.

[<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/Geel-kongress-panph.pdf>]. Luettu 26.1.2013.

Sopimusvuoren internet-sivut. [<http://www.sopimusvuori.fi/esittely.php>]. Luettu 26.1.2013.